

**DISEÑAR LA HERRAMIENTA EASY PAE PARA LA REALIZACIÓN DEL
PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DE LOS ESTUDIANTES DE 5 A 9
SEMESTRE DE LA UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA.**

ABNER JOSE RUDOLF JIMENEZ

LUIS ERNESTO RINCON GUTIERREZ

RICARDO MARIO MUÑOZ PADILLA

UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERIA

SANTA MARTA

COLOMBIA

2016

**DISEÑAR LA HERRAMIENTA EASY PAE PARA LA REALIZACIÓN DEL
PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DE LOS ESTUDIANTES DE 5 A 9
SEMESTRE DE LA UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA.**

ABNER JOSE RUDOLF JIMENEZ

LUIS ERNESTO RINCON GUTIERREZ

RICARDO MARIO MUÑOZ

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR EL TITULO DE ENFERMERO

DIRECTORA

EDILTRUDIS RAMOS DE LA CRUZ

ESPECIALISTA EN ENFERMERIA EN CUIDADO CRÍTICO

MAGISTER EN ENFERMERIA

DOCTORANDA EN ENFERMERIA

ASESORA CIENTÍFICA

ANETH CRISTINA RIVAS CASTRO

ENFERMERA

ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN CUIDADO CRÍTICO

ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA NEFROLOGICA Y UROLOGICA

MAGISTER EN ENFERMERÍA

**UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA IX SEM
SANTA MARTA
2016**

Nota de aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del comité de investigación

Firma del comité de investigación

Santa Marta. 21/07/2016

DEDICATORIA

Primero que todo al dador de la vida y es quien me ha permitido estar de pie hasta este momento, y cada día me demuestra su misericordia para con los míos.

A mis Padres, José Rudolf y Farides Jiménez quienes son parte importante y fundamental en mi vida, gracias por su apoyo y por su perseverancia por cada una de sus sabias palabras, que hasta el día de hoy calan, haciendo de mí una persona de bien.

A mi familia en especial a mi Tía Martha y su esposo Gorgue quienes me abrieron las puertas de su casa y hogar para abrigarme y darme un techo donde poder descansar, igual por cada palabra, por cada regaño, por las palabras de aliento que nunca faltaron, a ustedes que se convirtieron en Padres.

A cada una del cuerpo de docentes, que dedicaron parte de su tiempo a enseñarme y guiarme para que hoy pudiera llegar a ser un profesional. En especial a Docentes como Aneth Rivas, Ediltrudis Ramos, Tatiana Gonzales, Mirith Vásquez, Irene Leguizamo, que más que Maestros se convirtieron en Madres, que me enseñaron con palabras y hechos.

A esas personas que llegaron y ayudaron y hoy no están, por esos hermanos de vida y de carrera que me apoyaron y muchas de ellas que me alcahuetearon otras cosas. A los primos que me ayudaron a la elaboración de la matriz, Frank y Jorge Luis Sarmiento.

Abner Rudolf

AGRADECIMIENTOS

Cuando se logra una meta con mucho esfuerzo, es innegable que hay muchas personas a quien agradecer, y éste es mi caso. Primeramente, Gracias a Dios, sin Él de piloto en este viaje, me habría rendido a las primeras de cambio, este logro es una muestra de su infinito amor para conmigo. En segundo lugar, Muchas Gracias a Marcos Maestre, "Mi querido Tío Marcos, por alentarme a no desfallecer, aun cuando todo parecía estar en picada. Por ser ese apoyo verdadero, por ser esa cuota de familia que siempre estuvo cuando lo necesité. Te quiero mucho tío. A mis amigos: !!!GRACIAS!!! esos que siempre estuvieron allí, para apoyarme, para algún partidito de fútbol y para muchas Coca-Colas donde el Sr de Color. Jean, Isaac, Leyder, Omar, Juanky, Avner, Rivaldo, Stiven, el médico del pueblo Ronald, a todos muchas gracias por ser mis amigos, mis confidentes, mis hermanos. A ti YGE, por enseñarme a dejar los nervios en la punta de un marcador. A todas esas mujeres que me ayudaron a sacar esto adelante, con sus consejos, regaños y cariño. A mis profesores, durante este sueño, guías del saber, más que agradecer los conocimientos académicos, Muchas Gracias, pero muchas, por dejar ver esos bellos seres humanos que hay detrás de ese título de maestro. A ellas: Ediltrudis, Tatiana, Mirith Marina, Carolina, Aneth, Albanis, Ángela, Liliana, no tendré como agradecerles todo lo aprendido, más que siendo el profesional humano que ellas inculcaron en mí, por más que un título nos ponga como colegas, en mi corazón siempre serán Mis Maestras.

Luis Rincón

TABLA DE CONTENIDO

DEDICATORIA	4
AGRADECIMIENTOS	5
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES	8
MARCO CONCEPTUAL	9
Disciplina	9
Ciencia	10
Cuidados de enfermería	10
Modelos y Teorías	11
Proceso de Atención en enfermería	11
RESUMEN	12
PALABRAS CLAVES	12
SUMMARY	13
INTRODUCCIÓN	14
JUSTIFICACION	16
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
OBJETIVOS	21
Objetivo general:	21
Objetivos específicos:	21
MARCO TEÓRICO	22
Historia de la enfermería	22
Proceso de Atención de Enfermería	31
Modelos y Teorías de enfermería	38
Patrones Funcionales de Marjory Gordon	38
Necesidades Humanas Fundamentales de Virginia Henderson	48
La Pirámide de Necesidades de Abraham Maslow	49
Modelo teórico interpersonal Hidelgard Peplau	50
Las 14 Necesidades fundamentales de Virginia Henderson	53
Teoría del Autocuidado del Dorotea Orem.	57
El cuidado Humano de Jean Watson	60
Modelo de Adaptación de Callista Roy	62
NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION	64
Diagnósticos de Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría	69

Diagnósticos de Enfermería en Salud Familiar	70
Diagnósticos de Enfermería en Materno-Infantil	71
Diagnósticos de Enfermería Médico Quirúrgica	72
METODOLOGÍA	73
Fase I	73
Fase II	73
Fase III	73
Fase IV	73
RESULTADOS	74
Modo de Uso	74
MARCO DE ANTECEDENTES	76
RECURSOS HUMANOS	78
CONCLUSIÓN	79
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

1 Formato de Plan de Cuidados.....	75
------------------------------------	----

MARCO CONCEPTUAL

Disciplina

La Real Academia Española define la disciplina con múltiples conceptos entre las cuales tenemos: 1. f. Doctrina, instrucción de una persona, especialmente en lo moral. 2. f. Arte, facultad o ciencia. 3. f. Especialmente en la milicia y en los estados eclesiásticos secular y regular, observancia de las leyes y ordenamientos de la profesión o instituto. Entre otras. (1).

El concepto de disciplina, aunque central en la formación universitaria, ha sido poco trabajado y la mayoría de las veces se confunde con el de las profesiones. Para abordarlo es preciso, entonces, intentar determinar sus principales características. La noción de disciplina se asocia, por lo general, con obediencia a una autoridad y a un estilo de vida que se caracteriza por imponer privaciones, restricciones y limitaciones individuales, en beneficio de una institución, una idea o un programa. Así es común oír hablar de disciplina militar, disciplina monástica o disciplina partidista, para mostrar la pertenencia a una institución (militar, religiosa o civil) a la cual se le debe la mayor obediencia, hasta el extremo de que sus integrantes renuncian a la iniciativa y a la libertad individual para someterse a las reglas y designios de la institución. En otros contextos la noción de disciplina aparece asociada a una vida sometida al conocimiento y, entonces, se habla de disciplinas científicas, humanísticas o artísticas. (2)

Ciencia

La Real Academia Española la define como el conjunto de conocimientos obtenidos mediante la observación y el razonamiento, sistemáticamente estructurados y de los que se deducen principios y leyes generales con capacidad predictiva y comprobables experimentalmente. (3)

Se entiende ciencia, como un modo particular de conocimiento, caracterizado por ser riguroso, metódico y sistemático. Dicho conocimiento, pretende perfeccionar la información disponible, en relación con problemas de origen teórico o práctico. De los conocimientos obtenidos por la ciencia, se deducen principios y leyes generales, con los cuales el hombre explica, describe y transforma, el mundo que lo rodea. (4)

Cuidados de enfermería

El significado de cuidado en el profesional de enfermería se construye a través de factores, implicaciones, contribuciones, aplicaciones, creencias y actitudes que realiza con la persona, por lo que se hace necesario que enfermería comprenda que cuidar envuelve y comparte la experiencia humana a través de una relación transpersonal y de respeto. Estos conocimientos servirán a la enfermería para mejorar los procesos de cuidado en cualquier situación de salud que tenga la persona. (5)

Modelos y Teorías

Las teorías son un conjunto de conceptos interrelacionados que permiten describir, explicar y predecir el fenómeno de interés para la disciplina, por lo tanto, se convierten en un elemento indispensable para la práctica profesional, ya que facilitan la forma de describir y explicar y predecir el fenómeno del cuidado. (6)

Proceso de Atención en enfermería

El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado, que para su aplicación se requiere de conocimientos, habilidades y actitudes, que permitan la prestación del cuidado de enfermería de forma lógica, racional y humanística al individuo, a la familia y a colectivos, y se mide por el grado de eficiencia, progreso y satisfacción del usuario. (g, 1998) (7)

RESUMEN

El Objetivo de este proyecto fue diseñar la herramienta Easy Pae para la realización de los Procesos de atención de enfermería en los semestres de quinto al noveno de la Universidad del Magdalena, mediante un estudio descriptivo que permita que los estudiantes interactúen de manera dinámica y practica con esta herramienta, que en el momento de realizar este proceso, sea de manera fácil y pedagógica. Puesto que en algunos casos se han identificado dificultades para la realización del PAE por parte de los estudiantes.

La incorporación de las TIC, S en la realización del Proceso de Atención en Enfermería propone un cambio frente a la calidad de la atención al paciente, favoreciendo el desarrollo y el progreso de Enfermería en todos los campos, dinamizando el cuidado del paciente desde una perspectiva innovadora e integral a la vanguardia de los cambios de la sociedad actual.

PALABRAS CLAVES

PAE, EASY PAE, Enfermería, Proceso de Atención de Enfermería, Diagnósticos de Enfermería.

SUMMARY

The objective of this project was to design the Easy Pae tool for conducting Processes nursing care semesters fifth to ninth at the University of Magdalena, through a descriptive study that allows nursing students to interact dynamically and practiced with this tool and in time for this process is easily and educational way. So often has become a problem, make and shape the (PAE) by students.

The incorporation of ICT in the realization of Care Process in Nursing proposes a change from the quality of patient care by promoting the development and progress of Nursing in all fields, streamlining patient care from an innovative perspective and integral to the forefront of changes of modern society.

KEYWORDS: PAE, PAE EASY, Nursing Process Nursing Care Nursing Diagnoses

INTRODUCCIÓN

La enfermería a través de los años ha demostrado que como ciencia es de gran ayuda en el proceso de recuperación y atención de los pacientes. Esta afirmación se basa en la importancia del cuidado de enfermería no solo para los procesos de recuperación rehabilitación y tratamiento, sino para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, lo que ha hecho que con el paso del tiempo la profesión haya dejado de ser catalogada como: “*una mano de ayuda de la medicina*” a convertirse en una disciplina científica dentro de las ciencias de la salud.

Alina Rodríguez (2009) (8) afirma: Que los cuidados de enfermería son la razón de ser de la profesión y constituyen el motor del quehacer diario y por lo tanto su objeto de estudio. El ideal y el valor del cuidado no son simplemente cosas sueltas, exige una actitud que debe tornarse en un deseo, en una intención, en un compromiso y en un juicio consciente que se manifiesta en actos concretos e inicia al contacto con el paciente. Partiendo de estas premisas el profesional de enfermería debe ser pues una persona comprometida con el bienestar del paciente y su calidad de vida, que debe además propender por brindar los cuidados eficaces, eficientes y efectivos, teniendo en cuenta que cada ser humano es diferente y por ende tiene necesidades distintas. “Por lo que se hace necesario que enfermería comprenda que cuidar envuelve y comparte la experiencia humana a través de una relación transpersonal y de respeto. Estos conocimientos servirán a la enfermería para mejorar los procesos de cuidado en cualquier situación de salud que tenga la persona”. (5)

El fundamento científico de la enfermería es el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), que le proporciona al profesional la posibilidad de planificar, Diagnosticar ejecutar y evaluar, ese proceso de atención diferencial que requiere cada paciente que se tenga

destinado cuidar. Esta herramienta ha permitido al enfermero brindar cuidados pertinentes y oportunos, mejorando significativamente los tiempos de mejoría del paciente, así como los resultados de los mismos. “El Proceso de Atención de Enfermería favorece el fin principal del enfermero: dar atención de calidad al individuo, familia y comunidad, quienes, a la vez, al hacerse conscientes de sus necesidades y problemas, serán capaces de participar en el mismo proceso, señalando o realizando actividades para mejorar la salud, pues se partirá de la realidad para lograr los cambios deseados” (9).

JUSTIFICACION

Se ha podido evidenciar en múltiples trabajos de investigación alrededor del mundo, que la realización del Proceso de Atención de Enfermería, se ha convertido en una tarea que el profesional percibe de forma negativa, lo ven como algo engorroso y que dadas las muchas obligaciones que se le ha asignado al enfermero de hoy en día, de ahí que cada vez sea menos frecuente encontrar profesionales que lo realicen en su labor cotidiana. Existen varias razones por la que esto no se utiliza una de ellas es la falta de tiempo como se mencionó anteriormente, el precario conocimiento de muchos profesionales del manejo del PAE y el desconocimiento en la parte administrativa de las IPS de la Importancia del mismo.

En cuanto a la formación de enfermeros, se puede decir que en la universidad el modelo de elaboración de los planes de atención de enfermería que llevan a cabo los estudiantes de enfermería quinto a noveno semestre la universidad del Magdalena hace uso de la teoría de los 11 patrones funcionales de la teorista Marjory Gordon utilizando también otros libros como Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) y Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC), la utilización de tres bibliografías distinta las cuales deben concordar entre si existen otros factores que dificultan la elaboración de un PAE ya que los estudiantes manifiestan inexperiencia en el manejo de esta información .

Además en la biblioteca German bula Meyer de la universidad del Magdalena cuenta solo con 5 copias del libro de Clasificación de resultados (NOC), 13 de la Clasificación de intervenciones (NIC) y 8 Copias del Manual de diagnósticos de Enfermería Marjory Gordon para una población estudiantil de 351 Estudiantes, esto nos demuestran un claro déficit de libros para elaborar PAE, que entorpece la tarea de los estudiantes A esto se le

suma que los libros que se encuentran en la biblioteca están desactualizados, lo que da como resultado la desactualización en la realización del proceso.

Todo lo anteriormente expuesto deja claro la necesidad de manejar una herramienta que le garantice una actuación estructurada y sistemática, que daría a los estudiantes, docentes y profesionales de enfermería la capacidad de implementar las TIC,s a la aplicación cuidado además ayudaría a evaluar objetivamente la calidad del cuidado que se brinda.

Ante esta situación, en donde el estudiante en formación ve con poco agrado la elaboración de un Proceso de atención que tiene el fin de cimentar los conocimientos necesarios para construirlo, y un profesional de enfermería que debido a lo complejo de su elaboración y el tiempo que se necesita para esto, muchas veces sobre cargado de trabajo que tampoco lo ve con buenos ojos, el conocimiento teórico que se adquiere y es necesario para llevar a cab.

Se está convirtiendo en un conocimiento meramente académico que no trasciende fuera de las paredes de las universidades, y algo que se ve solo como un requisito para la obtención del título. Esta realidad es alarmante ya que el pae es uno, si no el engranaje más importante en la maquinaria de la disciplina enfermería, una herramienta altamente útil en el campo practico al ser en el, dónde confluyen la teoría y la práctica, y en él se encuentra gran parte del cuerpo de conocimientos que hacen del cuidado de enfermería, una ciencia y un arte.

Ante todo, lo anteriormente mencionado es evidente que se hace necesario una nueva forma de hacer llegar la información a los enfermeros que se encuentran ejerciendo la profesión, como a aquellos que se encuentran en proceso de formación, es ante esta necesidad que nace Easy Pae, una herramienta pensada para ser dinámica, practica y eficiente y que

facilita el manejo de la información de tres de los libros utilizados para la realización del proceso de atención de enfermería (Nic, Noc, y Marjory Gordon). Desarrollada para ser utilizada ya sea herramienta pedagógica para el estudiante que aún no maneja la técnica para estructurar un proceso de atención de enfermería de forma correcta, como apoyo para el profesional que labora en el área clínica que ya como se ha mencionado debido al manejo de una literatura tan densa, y una metodología de uso que es todo menos sencilla ha llevado a que el estudiantes y profesionales tengan una mala imagen de este.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es evidente que existe en los profesionales de enfermería poca motivación para la utilización del proceso de atención de enfermería, estudios realizados en España, Méjico, Colombia muestran el poco interés que existe por parte de los profesionales: En Guipúzcoa (País Vasco) en el 2011, se logró evidenciar el poco interés que tienen el profesional de enfermería en realizar el PAE, dando como conclusión de que su uso es mayor en los centros públicos que en los privados. (10)

Así mismo en México Pérez Ma. Teresa, concluyó que una parte del profesional de enfermería afirmaron que la principal barrera para aplicar el PAE, es la sobrecarga de trabajo, la falta de recursos humanos y materiales además reconocen que no tienen los conocimientos necesarios para realizarlo correctamente. (11) Situación similar se presentó en Bogotá Colombia, Zamora y Nieto evidenciaron la misma problemática (12), además en un estudio llevado a cabo por la Universidad Nacional de Colombia en Cartagena, concluyó que en las tres instituciones hospitalarias investigadas, un gran número de Enfermeras no realizan el PAE (13). Escenario semejante se da en el departamento del Magdalena, donde se ha observado que en las IPS donde realizan prácticas los estudiantes de la Universidad del Magdalena existe por parte de los profesionales de enfermería poco interés en aplicar y utilizar el proceso de atención de enfermería,

A demás en la Universidad del Magdalena se realizó un estudio en 2015 donde concluyeron que el estudiante si percibe la realización del Plan de Atención de Enfermería (PAE) de manera muy importante. (14) A la vez llama poderosamente la atención que en cuanto a los sentimientos generados a la hora de hacer un PAE, los estudiantes manifiestan malestar a la

hora de realizarlo y que este varía de acuerdo a los factores por los que este cursando el estudiante en dicho semestre, dentro de los cuales tenemos el registro escrito, y la inexperiencia en el manejo de los textos utilizados para dicho proceso (Marjorie Gordon, NIC, NOC).

Por lo anterior se hace imperativo que el manejo del Proceso de Atención de Enfermería por parte de los enfermeros sea el mejor, esto obliga a las instituciones formadoras de profesionales de enfermería a buscar la manera de garantizar el aprendizaje del uso de la herramienta a sus educandos. Esta creciente camada de nuevos enfermeros que se viene gestando en el país, deben tener un conocimiento práctico del uso del PAE para así garantizar procesos efectivos. “A la par, es un desafío para las próximas generaciones de enfermeros el acrecentar el trabajo que se ha venido haciendo desde años con el Proceso de Enfermería, con el propósito de beneficiar a las personas con la calidad y oportunidad del cuidado y además fortalecer la enfermería basada en evidencia, utilizando elementos propios como el proceso, contribuyendo indirectamente a través de los resultados y continuidad de su aplicación, a mejorar la calidad de vida y trabajo del profesional de enfermería” (15)

Por lo que surge la siguiente pregunta:

¿El Diseño e implementación de una Herramienta para la realización del proceso de atención de enfermería mejora la interacción de los estudiantes, docentes, graduados y enfermeros con el Proceso de atención de enfermería?

OBJETIVOS

Objetivo general:

Diseñar la herramienta Easy PAE para la realización de los Procesos de atención de enfermería en los semestres de quinto a noveno de la Universidad del Magdalena mediante la creación de una matriz de hipervínculos que permita filtrar la información para que estos (PAE) sean mucho más precisos y asertivos.

Objetivos específicos:

- Sistematizar la manera en que se viene trabajando en la realización del PAE en la Universidad del Magdalena
- Facilitar al estudiantado de Enfermería de la Universidad del Magdalena la realización de estos planes.
- Minimizar el uso de los libros de biblioteca debido a que estos son muy pocos.

MARCO TEÓRICO

Historia de la enfermería

La historia de la enfermería a través de los tiempos se ha visto marcada por el cuidado empírico que hacían las mujeres, de los enfermos, estas a partir de las experiencias de su propio cuerpo, saberes transmitidos de madres a hijas y de los conocimientos adquiridos mediante la observación, fue cuidando una serie de enfermedades a partir de regímenes y de extractos de plantas que se administraban de múltiples formas, a esto se le denominó “*Enfermería intuitiva*” (16). La enfermería en sus inicios, y casi que a lo largo de su historia ha sido practicada en gran parte por mujeres, y entre las muchas que se puedan encontrar en las literaturas de enfermería, es importante hacer mención de Febe, que fue una diaconisa de la era de cristiana, mencionada en las epístolas de San Pablo Apóstol; y entre los grupos de “*viudas y vírgenes*” y el de “*Matronas Romanas*” hay que ponderar el trabajo de Fabiola, fundadora del primer hospital de Roma, en este hospital, los cuidados de Enfermería prodigados por estas organizaciones se limitaban a cuidados elementales de higiene, alimentación, abrigo y confort al paciente en su sufrimiento (17).

Conforme fueron pasando los años la concepción de los cuidados de enfermería fueron cambiando y poco a poco los monjes y las monjas fueron desplazando a las mujeres que históricamente eran las que prodigaban los cuidados. Estos hombres y mujeres practicaban una filosofía que le daba mucha importancia al aspecto espiritual (dualismo cuerpo/alma), por medio de la oración, y fueron dejando de un

lado las antiguas prácticas de enfermería que se venían realizando, técnicas sencillas que le habían resultado útiles durante siglos, acciones elementales como: abrigar a los pacientes, alimentarlos, lavarlos, colocarles agua fría de rosas para tratar la fiebre, trasportar y curar heridos (17).

Con el transcurrir de los años y conforme se daban hechos históricos la enfermería continuaba ejerciendo su labor, en los diferentes estadios de la historia del mundo, la medicina conseguía avances significativos en la atención a las personas, se fueron creando cada vez más hospitales por toda Europa, lo que significó el aumento del personal de enfermería, destacando que a este personal no se le exigía ninguna clase de estudios previos, lo primordial era la vocación y con esto era suficiente. Pero fue solo hasta el año 1417 cuando se erigió el hospital de *Santa Creu* en Barcelona, donde se encuentran las primeras referencias escritas de la profesión de enfermería, con la aparición de las “*Ordinacions*” (reglamento) el cual detallaba las funciones y responsabilidades del “*infermer*”, todo esto nos lleva a pensar en que la “*Génesis de la profesión*” daba sus primeros pasos. Lo verdaderamente rescatable de este reglamento era lo bien detallada que tenía las funciones que debía cumplir el enfermero, entre estos aspectos se encontraba: la dieta, higiene de los pacientes, prescripciones médicas, relación con el enfermo, el respeto por sus pertenencias y por su libertad (referida a aceptar el tratamiento en el hospital) y la observación del enfermo (16).

La época del Renacimiento con la bien conocida “*Reforma Protestante*” que se desarrolló a lo largo de todo el siglo XVI, propicio una decadencia en la enfermería, contrastada con los grandes avances que se lograban en la medicina. La

desaparición de las órdenes religiosas causó que los cuidados fueran prestados por sirvientas mal pagas, con escaso nivel de conocimientos, que le daban una atención ínfima al enfermo, y fue en esta época que los hospitales fueron sinónimo de desesperación y horror (18).

En 1545 San Vicente de Paul, el llamado precursor de la enfermería moderna, en el marco del “*Concilio de Trento*” que no fue más que una respuesta a la “*Reforma Protestante*”, donde se retomó el tema de la asistencia a los enfermos, y la necesidad de la creación de nuevas órdenes religiosas, propuso que las hermanas que cuidaban enfermos además de leer y escribir, recibieran clases impartidas por médicos sobre los rudimentos de Enfermería. San Vicente de Paul además fundó la orden de “Las Hermanas de la Caridad (1576-1660), que en su reglamento delimitaba las funciones de las enfermeras (18).

“Instrucción de Enfermería y modo de aplicar los remedios a todo género de enfermedades y acudir en los accidentes que sobrevienen en ausencia de los médicos” fue una obra sin autor que en el siglo XVII describe como hacer los cuidados y la aplicación de los tratamientos. Sin embargo, esto no era la primera obra de estas características que se hacía, en el siglo XVI se publicaron manuales dirigidos a la parteras y comadronas, donde se les dictaba los cuidados y la atención que debían ofrecer (16).

Entre los siglos XVII y XIX, durante toda esa agitación política que se vivía, donde se dio la “*Revolución Francesa, La Guerra de los 7 Años, y la Independencia de Los Estados Unidos*”; en la cual lograron importantes gestas como la “*Revolución*

Industrial”, la medicina lograba avanzar de significativa manera, de la mano de la química, la Biología, y las Ciencias Naturales, a su vez, la Enfermería era una profesión desprestigiada y de mala reputación. El pastor alemán *Theodor Fliedner*, instala en *Kaiserwerth*, una casa refugio para acoger a ex – presidiarias, un hospital para atender enfermos, y una casa para la formación de enfermeras, para las que retomo el nombre de “Diaconisas”, esto lo hizo con la intención de que las familias cristianas pudieran tener confianza nuevamente en la profesión y enviaran a sus hijas a estudiar. Aquí las diaconisas recibían clases por parte de los médicos del hospital, de ética, que el mismo *Fliedner* impartía, y las practicas, estaban a cargo de su esposa (19).

Fue en el siglo XIX cuando Florencia Nightingale, quien es considerada la madre de la enfermería moderna, en su trabajo identificó a este, “el cuidado”, como el elemento de la atención de la salud propio de la enfermería. Ella reconoció que el propósito de la enfermería no se limitaba a cuidar a los enfermos en los hospitales, sino que también procura ayudar a la gente a vivir (20). Ella aplica muchos de los postulados del humanismo que se evidencian en su dedicación y entrega a una labor que significaba, para ella, "un llamado de Dios". Después de haber recibido una formación en Alemania, con el pastor *Fliedner*, Nightingale se dedica a detectar aquellas condiciones que entorpecían el bienestar y el mantenimiento de la dignidad del ser humano en una época de guerra. Otro aspecto a considerar es su preocupación por la formación y crecimiento del potencial humano de enfermería (21)

En su libro “*Notas de Enfermería*” Florence Nightingale, señaló lo singular y lo trascendental en la formación de las futuras cuidadoras; haciendo notar que la importancia de la Enfermería radicaba en la responsabilidad que se adquiría con la salud de esa otra persona objeto del cuidado, enfatizando que la Enfermería debía comprometerse con mejorar las condiciones del paciente permitiendo la acción de la naturaleza sobre el mismo; reconociendo la ventaja que poseían las enfermeras formadas bajo los principios científicos, puesto que adicional a su labor, éstas tenían la capacidad de observar y de informar la condición de salud en que se encontraran los pacientes, teniendo en cuenta la influencia del entorno, en sus intervenciones de enfermería (22).

Históricamente se ha demarcado a la enfermería como una práctica caracterizada por la feminización de la profesión, la supeditación del desempeño a la enseñanza e indicación médica y anclaje por al modelo biomédico centrado en enfermedad (23). Enfermería ha repercutido en su desarrollo como disciplina: “...durante las primeras décadas del siglo pasado, el conocimiento disciplinar de enfermería se basó en gran parte en el conocimiento médico y que aún, teniendo educación universitaria autónoma esta giró alrededor de las necesidades de llenar el régimen de prescripción médica del paciente...” (24)

La trayectoria histórica de la enfermería moderna a lo largo de sus 150 años, desde su fundación en el siglo XIX, como profesión dirigida al arte de cuidar, evidencia la inversión aplicada, paulatina y sistemáticamente, en la construcción de una práctica científicamente fundamentada con vistas a la constitución de un campo de ciencia

propio y apropiado al abordaje de las personas que necesitan de confort, bien estar, atención, alivio de los sufrimientos – de cuidado. (25).

El avance conceptual de Enfermería, ha tenido como principal objetivo demostrar que ésta, más que una ocupación basada en la experiencia práctica y en los conocimientos adquiridos empíricamente a través de la repetición continuada de las acciones, es una disciplina con un *ser*, un *saber* y un *quehacer* propio (22).

El cambio para conceptualizar el conocimiento de enfermería como eminentemente científico se remonta a la decena de 1950, tomando mayor fuerza en 1960, con el surgimiento de las grandes teorías de enfermería en las que se definen el dominio, enfoques y límites de la disciplina, llegando a diferenciar el cuidado de enfermería del que brindan otras áreas de la salud (S. Luevano. Ford. 2008). Un grupo de académicas-teóricas que señalaban que una profesión nueva como enfermería debía explicitar su propio conocimiento a través de sus bases teóricas para poder sobrevivir como profesión, son las directas responsables de este cambio de enfoque de la profesión (26).

La proyección del desarrollo de la ciencia de enfermería a través de las teorías para los años futuros, según Meléis (27) apunta, habrá un tipo de teorías que se desarrollará para describir, explicar o predecir un fenómeno dentro de un contexto explicatorio o descriptivo específico (área práctica), y habrá otro tipo de teorías que las enfermeras desarrollarán que son las prescriptivas y estas teorías reflejarán la guía para los cuidadores y para proveer ciertas acciones apropiadas.

Es de amplio conocimiento que el cuidado, es una actividad importante en la supervivencia de los seres humanos, desde el comienzo de los tiempos, cuidar ha sido una actividad destacada que ha constituido una labor primordial para la promoción y desarrollo de todas esas actividades que aseguran el bienestar de las personas. Es el cuidado entonces el objeto del deseo de los enfermeros, es ese deber ser que tanto importa a la profesión. En la medida del tiempo este cuidado se ha ido convirtiendo gracias al aporte de las diferentes teorías, en algo mucho más completo, dándole una nueva categoría a la profesión.

Históricamente, todo lo relacionado al conocimiento en salud, se ha desarrollado sobre las bases experimentales del método científico (observación, hipótesis, experimentación, teoría, y ley) establecidos por las ciencias naturales, con la preponderancia de la perspectiva positivista, que ha sido el orientador de la práctica médica.

El cuidado a través de los años ha sido influenciado de manera significativa por el modelo *Flexneriano*, dándole un carácter más científico al mismo. En esencia, el modelo *flexneriano* colocó como fundamental la dimensión biológica de la enfermedad y la atención al individuo basada en la “departamentalización” del conocimiento y la especialización de la práctica médica (28). Bajo el modelo de Flexner en áreas de la salud como la enfermería, se han resuelto problemas sanitarios, se ha ampliado el conocimiento científico y tecnológico, y se ha contribuido al desarrollo de la sociedad. Así mismo, ha llevado a la reflexión sobre

el conocimiento producido, las acciones prácticas que de éste se generan y las transformaciones posibles sobre la realidad sanitaria (29).

Cuidar a todo ser humano llama a un compromiso científico, filosófico y moral, hacia la protección de su dignidad y la conservación de su vida (30)

Desde la mirada investigativa, y con relación al cuidado de enfermería como objeto de estudio, el componente epistemológico permite mediante la reflexión, conceptualizar y analizar, la práctica de enfermería, al elaborar preguntas sobre lo que hace y es el profesional de enfermería (29).

Uno de los avances más importantes para la enfermería en los últimos años, ha sido la definición del cuidado del proceso salud-enfermedad del individuo y los colectivos como objeto de estudio, lo cual ha servido de punto de partida para reflexionar sobre los contenidos teóricos, metodológicos y técnicos que han sustentado su saber y su práctica como profesión (31).

En la actualidad la enfermera (o) puede realizar acciones hacia un paciente con el sentido de obligación o responsabilidad. Pero puede ser falso decir que ha cuidado al paciente si tenemos en cuenta que el valor del cuidado humano y del cuidar implica un nivel más alto: la integridad de la persona y la calidad de la atención. Cuidar a todo ser humano llama a un compromiso científico, filosófico y moral, hacia la protección de su dignidad y la conservación de su vida (8).

El campo del cuidado de la enfermería ha sido invadido y desplazado por el desarrollo de la ciencia y de la técnica, viéndose la Enfermería desbordada por la práctica médica (32). Los avances científicos en el área de la salud han generado

una deshumanización paulatina de los cuidados, haciendo que el enfermero olvide la esencia de la profesión, ocasionando malestar en los pacientes, obviando que el cuidar es también una forma de amor, de expresión de sentimientos volcados en un hacer. El cuidado ayuda al otro a crecer, a realizarse, y a enfrentar dificultades y crisis propias de la vida (33).

Además de proporcionar cuidados a los pacientes es muy importante escucharlos, tenerlos en cuenta, es importante para enfermero darse cuenta de que la comunicación interpersonal, es una vía expedita que le permite al profesional llegar al paciente a través de una interrelación enfocada en la empatía. Sabiéndose que la empatía es esa condición esencial en una relación, es la capacidad de ver y comprender al otro, es ponerse en el lugar del otro y de esta manera vivir con él su experiencia. Virginia Henderson (1994) (34), pionera en incorporar una filosofía humanista y transcendental a los cuidados de enfermería, dice que "cuidar es ponerse en el lugar del otro; es ocupar la piel del otro", proceso que implica un gran compromiso afectivo.

El cuidado de enfermería es el cuidado de la salud del otro. Se sitúa en medio de la interacción de costumbres, creencias, valores y actitudes heredados de un pasado, de una historia personal y particular, rodeados de símbolos. Este cuidado se hace posible cuando confluyen y se encuentran las personas que participan en la relación (33).

Proceso de Atención de Enfermería

En la actualidad se viene destacando que el Proceso de Atención de Enfermería ha sido una gran revolución en el quehacer de la profesión, debido en gran parte a que su implementación les otorga esa autonomía a los enfermeros en su accionar, basado en un marco científico, con unas bases sólidas que le permiten brindar cuidados de calidad a los pacientes. El Proceso de Atención de Enfermería es sin dudas una vital herramienta en el ejercicio de la carrera de enfermería, constituyéndose en una ayuda importante para que el profesional desarrolle adecuadamente su labor.

El PAE ayuda a organizar de manera idónea el cuidado, y logra que este sea pertinente para cada paciente en particular. Nadia Reina (2010) (15) concluye que: El Proceso de Enfermería evidencia un instrumento requerido para la práctica profesional que sumado a la solidez teórica y científica de la disciplina profesional de Enfermería dado por los modelos y teorías de Enfermería, y con el apoyo y retroalimentación permanente de la investigación permitirá lograr una integración de la teoría y la práctica, y a su vez un mayor empoderamiento de la profesión a nivel laboral y social e igualmente proporcionar oportunidades de crecimiento personal y profesional con el aprendizaje continuo, estandarizado y actualizado de la evolución y desarrollo de la profesión.

Uno de los avances más importantes para la enfermería en los últimos años, ha sido la definición del cuidado del proceso salud-enfermedad del individuo y los

colectivos como objeto de estudio, lo cual ha servido de punto de partida para reflexionar sobre los contenidos teóricos, metodológicos y técnicos que han sustentado su saber y su práctica como profesión en Colombia.

El concepto de proceso enfermero ha ido cambiando a lo largo de la historia, tanto en contenido como en denominación. Se conoce como: “Proceso de Atención de Enfermería (PAE)”, “Proceso de resolución de problemas enfermeros”, “Proceso Enfermero” o “Metodología Enfermera”. Su origen se atribuye a Lydia E. Hall, quien hablaba de la necesidad de un proceso particular de la disciplina enfermera, que fuera sistemático y que permitiera tomar decisiones de manera eficaz (35).

Existen diferentes definiciones del PAE. Alfaro lo describe como “una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros. Eje de todos los abordajes enfermeros, el proceso promueve unos cuidados humanísticos, centrados en unos objetivos (resultados) eficaces. También impulsa a las enfermeras a examinar continuamente lo que hacen y a plantearse cómo pueden mejorarlos” (36).

Las fases del proceso de atención de enfermería están perfectamente ordenadas, de forma que queden estrechamente vinculadas y de forma correlativa. Está dividida en fases y en cada una de ellas están contenidas diferentes pasos o fases: *Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación*. Estas a su vez tienen diferentes fases que las caracterizan.

Valoración: Obtención de datos, Validación de los datos, Organización de la información.

El principal objetivo del proceso de valoración de enfermería es la intención de querer, saber y poder definir, de manera acertada en todo momento, la situación de salud que están viviendo las personas, así como la naturaleza de la respuesta del mismo a ésta.

Obtención de datos: Es el proceso de adquisición de toda la información sobre el estado de salud del paciente, la familia o la comunidad. Para que el proceso enfermero sea correcto y adecuado al paciente, es importante que se obtenga la máxima información posible. Reuniendo una base de datos, con toda la información de la persona, incluyendo la anamnesis y la valoración física realizado por la enfermera, la anamnesis y exploración física realizado por el médico, pruebas diagnósticas y de laboratorio llevadas a cabo, etc (36).

Para la obtención de los datos contamos con tres pasos que garantizan que la adecuada realización del proceso. *La Observación, La Entrevista y La Exploración Física.*

La Observación es pues una capacidad para discernir de manera intencional que desarrolla el profesional mediante el esfuerzo, de forma metódica y organizada. No obstante, el profesional de enfermería es capaz de observar todo a través de la vista, es el uso de todos los sentidos lo que le permite la realización idónea del proceso (37).

Los diferentes sentidos se ven involucrados en la participación de esta observación, y cada uno permite obtener información importante para la obtención de datos relevantes en el paciente.

La vista, con ella se está en la capacidad de ver todas aquellas características físicas del paciente, como son la mirada, la postura, la expresión facial, etc; así como también todo lo que es signos y síntomas de la enfermedad, así pues, se tiene la capacidad de ver signos de dolor, lesiones, etc.

El Olfato: con este sentido se le hace posible a el profesional de enfermería, conocer datos acerca de la higiene del paciente, del compromiso patológico de algunas enfermedades, entre otros datos.

El Tacto le sirve al enfermero como medio de obtención de datos mediante la palpación, que resulta de vital importancia a la hora de la valoración de enfermería. Por medio de este se pueden conocer, la temperatura del paciente, la tonicidad muscular, los pulsos periféricos y toda lesión que sea palpable.

Por último, a la vez no menos importante se tiene el sentido del *Oído*, que permite reconocer las emociones del paciente, escucharle su entonación, suspiros y las quejas que este pueda manifestar (35).

La Entrevista es la herramienta que le permite al profesional de enfermería, ese primer e importante acercamiento con el paciente y todo el entorno que le rodea, cuya principal finalidad es la de captar toda la información que se necesite para ayudarlo en el proceso de recuperación total de su salud. No debe ser observada como una simple recolección de datos o un registro más que enfermería debe llenar, debe ser vista entonces como una comunicación con finalidad terapéutica que

permita de esta manera brindar cuidados de calidad al paciente. Es muy común creer que el entrevistar a los pacientes es una actividad sencilla, a la vez cuando el profesional debe hacerlo, nota la importancia que esta tiene, se debe tener la seguridad en el planteamiento de las preguntas y la manera en que se deben desarrollar (38).

La entrevista está formada por tres fases: el inicio o apertura, el cuerpo o desarrollo y el cierre.

Inicio: se inicia con el saludo y la presentación del profesional al paciente. Esta etapa es muy importante, porque establece los cimientos de una adecuada relación terapéutica; transmitiendo cercanía e interés.

Cuerpo: esta etapa corresponde al desarrollo de las preguntas y respuestas. Se deben tener en cuenta todos los factores anteriores de: ambiente, comunicación y técnica de la entrevista. En esta fase, el paciente comunica lo que siente, percibe y piensa.

Cierre: se inicia con una indicación del entrevistador respecto a que se acerca el final, seguido por un resumen de los temas o datos tratados. Si el cierre se hace de manera adecuada, y el paciente tiene la percepción de que la enfermera va a estar a su lado, ayudándole en su proceso; éste se sentirá más tranquilo y muy receptivo para participar en sus cuidados de una manera activa (35).

Exploración Física Es un método de recogida de datos que utiliza los sentidos (vista, oído, olfato y tacto) para detectar problemas de salud. Cada enfermera puede aplicar un sistema

diferente; generalmente se utiliza el método céfalo-caudal (desde la cabeza a los pies), o el de sistemas corporales (aparato respiratorio, cardíaco, etc.). La exploración física debe incluir:

- Inspección.
- Auscultación.
- Palpación
- Percusión

Validación/verificación de los datos: esta parte del proceso, es donde se toma toda esa información obtenida durante la fase de valoración, a su vez toda esta información además de ser completa, debe ser objetiva y precisa, debido a que los diagnósticos e intervenciones de Enfermería están basados en esta información. *La Validación* supone esa comprobación o verificación de los datos para confirmar su precisión y objetividad (37).

Implica las siguientes tareas:

1. Garantizar que la información es completa y evitar cometer errores en la identificación de los problemas.
2. Obtener información adicional del paciente, evitando omitir información pertinente.
3. Comprobar la congruencia de los datos objetivos y subjetivos.
4. Evitar conclusiones precipitadas o centrarse en una dirección equivocada.
5. Diferenciar entre un dato y una inferencia.

El dato es objetivo o subjetivo que se observa (ver, oír, percibir, oler o medir) directamente por el profesional, Las inferencias son la interpretación o conclusiones del profesional de enfermería, basadas en los datos.

Organización de los Datos: Cuando ya se tienen todos los datos del paciente validados, el siguiente paso es agruparlos. Este proceso es definido por Alfaro como “agrupar los datos en grupos de información que ayuden a identificar patrones de salud o enfermedad”. Los modelos teóricos de enfermería proponen diferentes formas para poder organizar los datos previamente recogidos y validados (35).

Entre los principales instrumentos utilizados para la obtención de los datos encontramos: *Patrones Funcionales de Marjorie Gordon*, *Necesidades Fundamentales de Virginia Henderson*, *Pirámides de Necesidades de Abraham Maslow*.

Patrones Funcionales de Marjorie Gordon: La valoración del paciente tiene una gran importancia para reconocer la respuesta a procesos vitales o problemas de salud, reales o potenciales, que puedan ser tratados por las enfermeras; es decir la valoración para llegar al diagnóstico enfermero (39). Esta fue la gran motivación que tuvo Marjorie Gordon cuando se propuso a crear esta herramienta que le permite al profesional de enfermería, una organización de los datos del paciente de manera óptima, logrando de esta manera que los cuidados que va recibir el paciente sean los adecuados.

La valoración por Patrones Funcionales de Marjory Gordon aporta una serie de ventajas al proceso: los patrones pueden ser utilizados independientemente del modelo enfermero del que se parta; se adaptan muy bien al ámbito de la atención primaria de salud, permitiendo estructurar y ordenar la valoración, tanto a nivel

individual como familiar o comunitario, a lo largo del ciclo vital de la persona, en situaciones de salud o enfermedad; y facilitan claramente la siguiente fase de diagnóstico enfermero al estar en el origen de la clasificación por dominios de la NANDA (40)

Modelos y Teorías de enfermería

Patrones Funcionales de Marjory Gordon

Por medio de la valoración de los patrones funcionales de Marjory Gordon el profesional de enfermería está en la capacidad de conseguir una importante suma de datos concernientes a la persona (datos físicos, psicológicos, sociales y del entorno), de forma estructurada y organizada, lo que agiliza el análisis de los mismos. Se toman datos subjetivos y objetivos, los que se encuentran de la revisión de la historia clínica, además de otros informes dados por los profesionales.

Cuando se encuentran que los patrones están funcionales, o eficaces estos indican que existe un nivel óptimo del funcionamiento del organismo del individuo, este estado, representado en el bienestar y la salud. Por el contrario, esos patrones que se encuentra disfuncionales o potencialmente en disfunción, es decir con alteraciones o en riesgo de ser alterados, presentan situaciones que no dan respuesta a las normas o al estado de salud esperada en una persona, están definidas a su vez, como problemas de salud, que son limitantes de la autonomía de la persona, la familia y/o la comunidad.

M. Gordon proporciona una clasificación de 11 patrones funcionales de salud, que describen todas las áreas que comprende el ser humano. En cada patrón, el

profesional debe recoger datos sobre la conducta disfuncional y funcional del paciente.

Patrón 1: Percepción- Manejo de salud

¿Que valora? Como percibe el individuo la salud y el bienestar. Como maneja todo lo relacionado con su salud, respecto a su mantenimiento o recuperación La adherencia a las prácticas terapéuticas. Incluye prácticas preventivas (hábitos higiénicos, vacunaciones...)

¿Cómo se valora? Hábitos higiénicos: personales, vivienda, vestido, vacunas, alergias. Percepción de su salud Conductas saludables: interés y conocimiento Existencia o no de alteraciones de salud (tipo de alteración, cuidados, conocimiento y disposición) Existencia o no de hábitos tóxicos, accidentes laborales, tráfico y domésticos Ingresos hospitalarios

Resultado del Patrón: El patrón está alterado si: La persona considera que su salud es pobre, regular o mala. Tiene un inadecuado cuidado de su salud. Bebe en exceso. Fuma. Consume drogas. No tiene adherencia a tratamientos farmacológicos ni a medidas terapéuticas. No está vacunado La higiene personal o de la vivienda es descuidada.

Patrón 2: Nutricional- Metabólico

¿Qué valora? Describe el consumo de alimentos y líquidos en relación con sus necesidades metabólicas, horarios de comida. Preferencias y suplementos.

Problemas en su ingesta. Altura, peso y temperatura. Condiciones de piel, mucosas y membranas.

¿Cómo se valora? Valoración del IMC. Valoración de la alimentación: Recoge el nº de comidas, el lugar, el horario, dietas específicas, así como los líquidos recomendados para tomar en el día. Se deben hacer preguntas sobre el tipo de alimentos que toma por grupos: frutas, verduras, carnes, pescados, legumbres y lácteos. Valoración de problemas en la boca: Si tiene alteraciones bucales (caries, úlceras etc.) Valoración de problemas para comer: Dificultades para masticar, tragar, alimentación por sonda ya sea alimentación enteral o con purés caseros. Valoración de otros problemas que influyen en el patrón: Problemas digestivos (náuseas, vómitos, pirosis) Dependencia, inapetencias, Intolerancias alimenticias, alergias, suplementos alimenticios y vitaminas. Valoración de la piel: Alteraciones de la piel: fragilidad de uñas y pelo, falta de hidratación, prurito, edemas, lesiones, temperatura, cicatrización, coloración. Lesiones cutáneas: abscesos, lipomas, nevus, verrugas, patología de las uñas.

Resultado del patrón: El patrón estará alterado si: Con respecto al IMC: Patrón alterado superior al 30% o inferior a 18,5% Patrón en riesgo: entre 25 y 30 Patrón eficaz: entre 18,6 y 24,9 Tiene una nutrición desequilibrada. Los líquidos consumidos son escasos. Existen problemas en la boca, hay dificultades para masticar y/o tragar. Necesita sonda de alimentación. Existen lesiones cutáneas o en mucosas, alteraciones de la piel o falta de integridad tisular o cutánea. Presencia de problemas digestivos, dependencias, inapetencias, intolerancias alimenticias, alergias.

Patrón 3: *Eliminación*

¿Qué valora? Describe las funciones excretoras intestinal, urinaria y de la piel.

¿Cómo se valora? Intestinal: Consistencia, regularidad, dolor al defecar, sangre en heces, uso de laxantes, presencia de ostomías, incontinencia. Urinaria: Micciones/día, características de la orina, problemas de micción, sistemas de ayuda (absorbentes, colectores, sondas, urostomías), incontinencias Cutánea: Sudoración copiosa

Resultado del patrón: El patrón está alterado si: Intestinal: existe estreñimiento, incontinencia, diarrea, flatulencia, o la persona precisa sistemas de ayuda (laxantes, enemas, ostomías). Urinario: si presenta incontinencias, retención, disuria, nicturia, poliuria, polaquiuria o utiliza sistemas de ayuda (absorventes, colector, sondas o urostomías) Si sudación excesiva. Aclaraciones: Estreñimiento: es la emisión de heces con una frecuencia inferior a 3.

Patrón 4: *Actividad /ejercicio*

¿Qué valora? El patrón de ejercicio: La actividad, tiempo libre y recreo. Los requerimientos de consumo de energía de las actividades de la vida diaria (higiene, compra, comer, mantenimiento del hogar, etc.) La capacidad funcional El tipo, cantidad y calidad del ejercicio. Las actividades de tiempo libre.

¿Cómo se valora? Valoración del estado cardiovascular: Frecuencia cardiaca o PA anormales en respuesta a la actividad, cambios ECG que reflejen isquemia o arritmia, etc. Valoración del estado respiratorio: Valorar antecedentes de

enfermedades respiratorias, ambiente laboral, disnea, molestias de esfuerzo, tos nocturna, expectoración, indicación verbal de disnea, etc. Tolerancia a la actividad: Fundamentalmente en pacientes cardíacos y respiratorios Valoración de la movilidad: Debilidad generalizada, cansancio, grado de movilidad en articulaciones, fuerza, tono muscular. Actividades cotidianas: Actividades que realiza, encamamiento, mantenimiento del hogar, Capacidad funcional (tests de Katz o Barthel). Estilo de vida: Sedentario, activo Ocio y actividades recreativas: El énfasis está en las actividades de mayor importancia para la persona; tipo de actividades y tiempo que se le dedica.

Resultado del patrón: El patrón está alterado si existe: Síntomas respiratorios: frecuencia respiratoria alterada, disnea, cianosis, tos inefectiva, tiraje, uso de oxígeno domiciliario. Problemas circulatorios: Alteración de Tensión arterial y FC en respuesta a la actividad, pulsos periféricos inexistentes, edemas, claudicación intermitente Problemas de salud limitantes, incapacidad para la actividad habitual. La presencia de síntomas físicos: cansancio excesivo, hipotonía muscular, inmovilizaciones, claudicación intermitente, pulsos periféricos disminuidos, parálisis, paresias. Deficiencias motoras. Problemas de movilidad Problemas de equilibrio, inestabilidad. Capacidad funcional alterada (Katz o Barthel). Incapacidad de ocio habitual, aburrimiento manifestado por la persona.

Patrón 5: Sueño- Descanso

¿Qué valora? Describe la capacidad de la persona para conseguir dormir, descansar o relajarse a lo largo de las 24 horas del día. La percepción de cantidad y calidad del sueño – descanso. La percepción del nivel de energía. Las ayudas para dormir (medicamentos, rutinas, etc)

¿Cómo se valora? El espacio físico (ventilación, temperatura agradable y libre de ruidos). El tiempo dedicado al sueño u otros descansos diurnos. Recursos físicos o materiales favorecedores del descanso (mobiliario). Exigencias laborales (turnos, viajes). Hábitos socio culturales (hora de acostarse o levantarse, siestas, descansos). Problemas de salud física que provoquen dolor o malestar. Problemas de salud psicológica que afecten al estado de ánimo (ansiedad, depresión). Situaciones ambientales que provoquen estados de ansiedad o estrés (duelos, intervenciones quirúrgicas). Tratamientos farmacológicos que puedan influir en el sueño (broncodilatadores, esteroides, betabloqueantes). Uso de fármacos para dormir. Consumo de sustancias estimulantes (cafeína, nicotina, abuso de alcohol). Presencia de ronquidos o apneas del sueño.

Resultado del patrón: Se considera alterado: Si usa ayudas farmacológicas para dormir o descansar. Verbaliza la dificultad para conciliar el sueño, despertar precoz o inversión día/noche. Somnolencia diurna. Confusión o cansancio relacionado con la falta de descanso. Disminución de la capacidad de funcionamiento. Conducta irritable en relación a la falta de descanso.

Patrón 6: Cognitivo-Perceptivo

¿Qué valora? Patrones sensorio- perceptuales y cognitivos. Nivel de conciencia. Conciencia de la realidad. Adecuación de los órganos de los sentidos. Compensación o prótesis. Percepción del dolor y tratamiento. Lenguaje Ayudas para la comunicación. Memoria Juicio, comprensión de ideas. Toma de decisiones

¿Cómo se valora? Nivel de conciencia y orientación. Nivel de instrucción: si puede leer y escribir. El idioma. Si tiene alteraciones cognitivas, como problemas para expresar ideas o de memoria, dificultades para la toma de decisiones, problemas de lenguaje, de concentración, síntomas depresivos, problemas de comprensión, fobias o miedos o dificultades en el aprendizaje. Si tiene alteraciones perceptivas por problemas de visión, de audición, de olfato de gusto o sensibilidad táctil. Recoge información sobre si la persona tiene dolor, tipo, localización, intensidad y si está o no controlado, así como su repercusión en las actividades que realiza. Si tiene alteraciones de la conducta, irritabilidad, intranquilidad o agitación

Resultado del patrón: El patrón está alterado si: La persona no está consciente u orientada. Presenta deficiencias en cualquiera de los sentidos, especialmente vista y oído. Hay dificultades de comprensión por idioma o por analfabetismo Presencia de dolor. Existen problemas de memoria, de concentración, de expresión o comprensión de ideas.

Patrón 7: Autopercepción- Autoconcepto

¿Qué valora? Autoconcepto y percepciones de uno mismo. Actitudes a cerca de uno mismo. Percepción de las capacidades cognitivas, afectivas o físicas. Imagen

corporal, social. Identidad. Sentido general de valía. Patrón emocional. Patrón de postura corporal y movimiento. Contacto visual, Patrones de voz y conversación.

¿Cómo se valora? Se valora la presencia de: Problemas consigo mismo. Problemas con su imagen corporal. Problemas conductuales. Otros problemas. Cambios recientes. Datos de imagen corporal, Postura, Patrón de voz, Rasgos personales, Contacto visual, Si se siente querido, Cambios frecuentes del estado de ánimo, Asertividad / pasividad y Nerviosismo / Relajación.

Resultado del patrón: El patrón está alterado si: Existen verbalizaciones auto negativas, expresiones de desesperanza, expresiones de inutilidad. Tiene problemas con su imagen corporal y le preocupan los cambios en su imagen corporal, el miedo al rechazo de otros y el sentimiento negativo del propio cuerpo. Existen problemas conductuales.

Patrón 8: *Rol- Relaciones*

¿Qué valora? El patrón de compromisos de rol y relaciones (las relaciones de las personas con los demás). La percepción de los roles más importantes (el papel que ocupan en la familia, sociedad). Responsabilidades en su situación actual. Satisfacción o alteraciones en: familia, trabajo, relaciones sociales

¿Cómo se valora? Familia: Con quién vive. Estructura familiar. Rol en la familia y si éste está o no alterado. Problemas en la familia. Si alguien depende de la persona y como lleva la situación. Apoyo familiar. Si depende de alguien y su aceptación. Cambios de domicilio. Grupo social: Si tiene amigos próximos, si pertenece a algún grupo social, si se siente solo Trabajo o escuela: Si las cosas le van bien en el

ámbito laboral o escolar, entorno seguro, satisfacción Datos relativos a pérdidas, cambios, fracasos, conflictos, aislamiento social, comunicación, violencia

Resultado del patrón: El patrón está alterado si: Presenta problemas en las relaciones: sociales, familiares o laborales (escolares) Se siente solo. No tiene personas significativas (amigos, familia). Refiere carencias afectivas, falta de comunicación Tiene dificultad en las tareas de cuidador, apoyo insuficiente, cuidados negligente. Insatisfacción con el rol o falta de motivación o de capacidad para asumirlo. Conductas inefectivas de duelo. Violencia doméstica. Abusos.

Patrón 9: *Sexualidad y Reproducción*

¿Qué valora? Los patrones de satisfacción o insatisfacción de la sexualidad Alteraciones en la sexualidad o en las relaciones sexuales. Seguridad en las relaciones sexuales. Patrón reproductivo. Pre menopausia y post menopausia Problemas percibidos por la persona.

¿Cómo se valora? Menarquía y todo lo relacionado con ciclo menstrual. Menopausia y síntomas relacionados. Métodos anticonceptivos. Embarazos, abortos, problemas relacionados con la reproducción. Problemas o cambios en las relaciones sexuales.

Resultado del patrón: El patrón está alterado si: La persona expresa preocupación respecto a su sexualidad, trastornos o insatisfacción. Existen problemas en la etapa

reproductiva de la mujer. Existen problemas en la menopausia. Relaciones de riesgo.

Patrón 10: Adaptación Tolerancia al estrés

¿Qué valora? Las formas o estrategias de afrontamiento general de la persona. Las respuestas habituales que manifiesta el individuo en situaciones que le estresan y forma de controlar el estrés. La capacidad de adaptación a los cambios. El soporte individual y familiar con que cuenta el individuo. La percepción de habilidades para controlar o dirigir situaciones estresantes.

¿Cómo se valora? La enfermera instará al paciente a recordar situaciones estresantes, describir como se ha tratado y evaluar la efectividad de la forma en la que se ha adaptado a esas situaciones. Preguntará por: Cambios importantes en los dos últimos años, si ha tenido alguna crisis. Si está tenso o relajado la mayor parte del tiempo. Qué le ayuda cuando está tenso. Si utiliza medicinas, drogas o alcohol cuando está tenso. Cuando ha tenido cualquier problema en su vida, como lo ha tratado. Si esta forma de tratarlo ha tenido éxito. Si tiene alguien cercano al que poder contar sus problemas con confianza y si lo hace cuando es necesario.

Resultado del patrón: El patrón está alterado si la persona manifiesta tener sensación habitual de estrés y no dispone de herramientas para controlarlo. Si ante cambios o situaciones difíciles de la vida el individuo no es capaz de afrontarlo de forma efectiva. Si recurre al uso de medicamentos, drogas o alcohol para superar los problemas.

Patrón 11: *Valores y Creencias*

¿Qué valora? Los patrones de valores y creencias que guían las elecciones o decisiones. Lo que se considera correcto, apropiado; Bien y mal, bueno y malo. Lo que es percibido como importante en la vida. Las percepciones de conflicto en valores, creencias o expectativas relativas a la salud. Las decisiones a cerca de: tratamientos, prioridades de salud, vida o muerte. Las prácticas religiosas.

¿Cómo se valora? Si tiene planes de futuro importantes; si consigue en la vida lo que quiere. Si está contento con su vida. Pertenencia a alguna religión, si le causa algún problema o si le ayuda cuando surgen dificultades. Preocupaciones relacionadas con la vida y la muerte, el dolor o enfermedad.

Resultado de la valoración: El patrón está alterado: Cuando existe conflicto con sus creencias. Tiene problemas para sus prácticas religiosas. Existe conflicto / preocupación por el sentido de la vida, la muerte, el sufrimiento, dolor, enfermedad.

Necesidades Humanas Fundamentales de Virginia Henderson

Henderson define a la persona como un todo complejo compuesto por 14 necesidades. Si se utiliza este modelo de valoración, se agruparían los datos del paciente en cada necesidad básica. La persona es un todo complejo con 14 necesidades básicas. La persona quiere la independencia y se esfuerza por lograrla. Cuando una necesidad no está satisfecha la persona no es un todo y requiere ayuda para conseguir su independencia (41).

Basado en las 14 necesidades básicas el profesional de enfermería atenderá a unas fases que le permitirán orientar el cuidado, en base al Proceso de Atención de Enfermería (42).

La Pirámide de Necesidades de Abraham Maslow

La pirámide de Necesidades de Abraham Maslow: Abraham Maslow jerarquizó las necesidades básicas del ser humano en 5 categorías: *Fisiológicas, Protección y Seguridad, amor y Pertenencia, Autoestima y Realización Personal*. En este orden se considera que las fisiológicas son las más importantes y están como base de la pirámide, porque hacen referencia a todo lo que necesita el ser humano para sobrevivir (comida, agua, alojamiento, descanso, sueño, actividad y mantenimiento de la temperatura) en comparación con las otras que tienen que ver más con los sentimientos (43).

Los parámetros a valorar por parte de los profesionales de Enfermería en la primera categoría de la pirámide de Maslow son los siguientes: *Alimentación/ Nutrición; Aire/Oxigenación; Circulación; Agua/Líquidos; Temperatura Corporal; Eliminación; Actividad; Descanso/Sueño, Dolor*.

El enfermero deberá valorar cada uno de los aspectos destacados en la pirámide, de forma estructurada y objetiva, tomando toda la información que pueda recoger del paciente, de esta manera se garantiza que el proceso se dé, de una manera adecuada.

En el proceso de enfermería, una vez que la enfermera en la fase de valoración ha recogido todos los datos pertinentes, los ha validado y organizado; pasa a la fase de diagnóstico donde procede al análisis y a la síntesis de la información obtenida, tras

lo cual debe expresar cuál es la conclusión a la que ha llegado tras la valoración (35). Es en esta parte del proceso cuando se va a identificar todas las respuestas de las personas o grupos ante las situaciones de salud determinadas. Es probable encontrarse con dos tipos de respuestas, en función de si la competencia es de forma exclusiva para los profesionales de enfermería, lo que sería el diagnóstico de Enfermería, o bien si se debe hacer un abordaje interdisciplinar con el resto del equipo de salud, de los problemas presentados por el paciente.

Modelo teórico interpersonal Hildegard Peplau

Hablar de Hildegard Peplau es decir mucho del quehacer enfermero en cuanto a las relaciones interpersonales, ella se encargó de ser luz, en aquella escuela de la interacción, donde tuvo sus inicios el llamado *Modelo teórico interpersonal*, donde además de esta brillante enfermera se encontraban algunas otras destacadas entre ellas: *Josephine Paterson (Teoría Humanística)*, *Ida Orlando (Teoría de la relación Enfermera – paciente)* e *Imogene King (Teoría del logro de metas)*, todo esto se dio a finales de los 50 principios de los 60. Todas ellas se inspiraron en la *Teoría de la Interrelación*” en la que se considera el cuidado como este proceso interactivo entre alguien que necesita ayuda y otro que puede ser capaz de brindarla, comprometiéndose en el contacto (44).

En su libro *Las Relaciones Interpersonales en Enfermería*”, ella describe a la enfermería como: “*Un proceso interpersonal terapéutico, el cual se basa en una relación humana entre una persona enferma que tiene necesidades, y una*

enfermera formada en forma adecuada con el fin de reconocer sus necesidades de ayuda” (45). Además, sostiene que la utilización terapéutica de sus conocimientos y su propia persona, es lo que lleva a la enfermera a practicar el arte enfermero (44).

La *Teoría De Las Relaciones Interpersonales* propuesta por Hildegard Peplau, viene a ser junto con *La Teoría Del Entorno* de Florence Nightingale, pioneras en una época donde en enfermería no se contemplaba aún el conocimiento científico, teniendo en cuenta que anteriormente la enfermería era tratada como una ocupación basada en la experiencia práctica y conocimientos comunes (45).

La base de la teoría de Peplau describe los cuidados enfermeros según una perspectiva centrada en la relación interpersonal la Relación enfermera – paciente según Peplau: “Es un proceso interpersonal terapéutico y significativo que funciona en cooperación con otros procesos humanos a fin de hacer alcanzable” (45).

Según Peplau la salud consta de condiciones interpersonales y psicológicas que interactúan y que a su vez es promovida a través del *Proceso Interpersonal* (46).

La teoría de *Modelo de las Relaciones Interpersonales* se basa en el de la *Enfermería Psicodinámica* que dice: “No solo el conocimiento va a intervenir en esta relación enfermera-paciente, sino también el comportamiento, conducta y sentimientos de cada cual” (30).

Peplau además en su teoría del *Modelo De Relaciones Interpersonales* nos presenta seis funciones que deben ser cumplidas por los enfermeros para llevar al máximo esta relación de enfermero-paciente. De las seis la primera es la de *Desconocido*, aquí se da el primer contacto del profesional con el paciente necesitado de ayuda, es entonces cuando el enfermero lo asiste y le aclara todo lo relacionado con los roles, le ayuda a identificar los problemas y le pone los límites a la relación.

Sigue en este orden de ideas la *Persona Recurso*, es donde la enfermera brinda al paciente información acerca de los problemas, situaciones y elige respuestas para que el enfermo se instruya de estas experiencias.

La Enseñanza es la siguiente de las funciones propuestas por Peplau, en ella, la enfermera, a través de la información que le imparte al paciente, y de su experiencia, se busca lograr que el enfermo aprenda de sus propias experiencias.

La cuarta de las funciones del enfermero en este modelo es *El Liderazgo*, entendido como esa obligación adquirida por el profesional de enfermería, en la que ayuda al enfermo a realizar aquellas tareas que él debe hacer, de una forma activa y cooperadora.

La función de *Sustituta*, hace referencia a ese deber del enfermero de ser el modelo de la relación, está dispuesto a brindar ayuda en aquellas situaciones en las que el enfermo no ha sido capaz de solucionar sus problemas, y el profesional de enfermería, dando ejemplos logre llevarlo al análisis de la situación.

Y, por último, pero no menos importante es aquella función de *Consejera*, que no es más que responder a las exigencias del paciente.

Las 14 Necesidades fundamentales de Virginia Henderson

Henderson desarrolla sus ideas motivada por sus preocupaciones sobre las funciones de las enfermeras y su situación jurídica. En 1955 publicó su “Definición de Enfermería”, en 1966 perfiló su Definición en el libro: “The Nature of Nursing”. Virginia Henderson desarrolló su modelo conceptual influenciada por la corriente de integración y está incluido dentro de la escuela de necesidades. Los componentes de esta escuela se caracterizan por utilizar teorías sobre las necesidades y el desarrollo humano (A. Maslow, E.H. Erikson y J. Piaget.) para conceptualizar la persona, y porque aclara la ayuda a la función propia de las enfermeras (47).

Para Virginia Henderson, la función propia de Enfermería en los cuidados básicos *“consiste en atender al individuo enfermo o sano en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento (o a evitarle padecimientos en la hora de su muerte) actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Igualmente corresponde a la enfermera cumplir esa misión en forma que ayude al enfermo a independizarse lo más rápidamente posible. Además, la enfermera ayuda al paciente a seguir el plan de tratamiento en la forma indicada por el médico”* (48).

Henderson integra en su modelo los principios fisiológicos y psicopatológicos en su concepción de la enfermería, definiendo la salud como aquella capacidad que posee el individuo para funcionar con independencia en relación con las catorce

necesidades básicas, similares a las de Maslow. En ellas encontramos siete de estas necesidades que están relacionadas con la fisiología (respiración, alimentación, eliminación, movimiento, sueño y reposo, ropa adecuada a la temperatura). Dos más que están en relación con la seguridad del paciente (higiene corporal y peligros ambientales). Otras dos con el afecto y la pertenencia (comunicación y creencias). Y las últimas tres con la autorrealización personal (trabajar, jugar y aprender) (48).

El modelo teórico de Virginia Henderson, va enmarcado en tres grandes pilares que son: *Los Postulados, los Valores y Los Conceptos*. En los *postulados* que sostienen el modelo, descubrimos el punto de vista del cliente que recibe los cuidados de la enfermera. Para Virginia Henderson, el individuo sano o enfermo es un todo completo, que presenta catorce necesidades fundamentales y el rol de la enfermera consiste en ayudarle a recuperar su independencia lo más rápidamente posible.

Inspirándose en el pensamiento de esta autora, los principales conceptos son explicativos de la siguiente manera: *Necesidad fundamental*: Necesidad vital, es decir, todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar. Son para Henderson un requisito que han de satisfacerse para que la persona mantenga su integridad y promueva su crecimiento y desarrollo, nunca como carencias. *Independencia*: Satisfacción de una o de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza el mismo o que otros hacen en su lugar según su fase de crecimiento y de desarrollo y según las normas y criterios de salud establecidos. *Dependencia*: No satisfacción de una o varias necesidades del ser humano por las acciones inadecuadas que realiza o por tener la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o de una falta de

suplencia. *Problema de dependencia*: Cambio desfavorable de orden biopsicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables en el cliente. *Manifestación*: Signos observables en el individuo que permiten identificar la independencia o la dependencia de la satisfacción de sus necesidades. *Fuente de dificultad*: Son aquellos obstáculos o limitaciones que impiden que la persona pueda satisfacer sus necesidades, es decir los orígenes o causas de una dependencia. Henderson identifica tres fuentes de dificultad: falta de fuerza, conocimiento y voluntad. *Fuerza*: Se entienda por ésta no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones. Se distinguen dos tipos de fuerzas: físicas y psíquicas. *Conocimientos*: los relativos a las cuestiones esenciales sobre la propia salud, situación de la enfermedad, la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos disponibles. *Voluntad*: compromiso en una decisión adecuada a la situación, ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades, se relaciona con el término motivación. Dichos postulados se resumen en:

- Cada persona quiere y se esfuerza por conseguir su independencia.
- Cada individuo es un todo compuesto y complejo con catorce necesidades.
- Cuando una necesidad no está satisfecha el individuo no es un todo complejo e independiente.

Los Valores reflejan las creencias subyacentes a la concepción del modelo de Virginia Henderson.

Virginia Henderson afirma que, si la enfermera no cumple su rol esencial, otras personas menos preparadas que ella lo harán en su lugar. Cuando la enfermera

asume el papel del médico delega en otros su propia función. La sociedad espera de la enfermera un servicio que solamente ella puede prestar.

Conceptos: los elementos mayores del modelo han sido identificados de la siguiente manera:

Objetivos: Conservar o recuperar la independencia del cliente en la satisfacción de sus catorce necesidades.

Cliente: Ser humano que forma un todo complejo, presentando catorce necesidades fundamentales de orden bio- psicosocial:

- 1.- N. de respirar.
- 2.- N. de beber y comer.
- 3.- N. de eliminar.
- 4.- N. de moverse y mantener una buena postura.
- 5.- N. de dormir y descansar.
- 6.- N. de vestirse y desvestirse.
- 7.- N. de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.
- 8.- N. de estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos.
- 9.- N. de evitar los peligros.
- 10.- N. de comunicarse.
- 11.- N. según sus creencias y sus valores.
- 12.- N. de ocuparse para realizarse.
- 13.- N. de recrearse.
- 14.- N. de aprender.

El cliente debe verse como un todo, teniendo en cuenta las interacciones entre sus distintas necesidades, antes de llegar a planificar los cuidados.

Rol de la enfermera: Es un rol de suplencia-ayuda. Suplir, para Henderson, significa hacer por él aquello que él mismo podría hacer si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos.

Fuentes de dificultad: Henderson identificó las tres fuentes mencionadas anteriormente. (Falta de fuerza, de voluntad y conocimientos).

Intervenciones: El centro de intervención es la dependencia del sujeto. A veces la enfermera centra sus intervenciones en las manifestaciones de dependencia y otras veces en el nivel de la fuente de dificultad, según la situación vivida por el cliente. Las acciones de la enfermera consisten en completar o reemplazar acciones realizadas por el individuo para satisfacer sus necesidades.

Consecuencias deseadas: son el cumplimiento del objetivo, es decir, la independencia del cliente en la satisfacción de las sus catorce necesidades fundamentales (30).

Es pues esta teoría congruente, debido a que busca la independencia de la persona a través de la promoción y educación en la salud, en las personas sanas y en las enfermas a través de los cuidados de enfermería (46).

Teoría del Autocuidado del Dorotea Orem.

Dorothea Orem realizó su carrera profesional en la Escuela de Enfermería del Providence Hospital, de Washington, D.C. A principios de la década de 1930 obtuvo el diploma de Enfermería; en 1946 obtuvo un MSNE; durante su práctica profesional fue enfermera quirúrgica, supervisora y profesora de ciencias

biológicas; fungió como directora de la Escuela de Enfermería y el Departamento de Enfermería del Providence Hospital; durante 8 años permaneció en la División de Hospitales y Servicios Institucionales de Indiana donde buscó mejorar la calidad de enfermería; en 1959 publicó *Guidelines for developing curricula for the education of practical nurses*; en 1971 publicó el libro *Nursing: concepts of practice*; se retiró en 1984 pero continuó asistiendo a conferencias (30).

La idea que Orem tenía de lo que era la enfermería se ve reflejada en esa imagen completa de la profesión, expresada por medio de tres teorías principales: *La teoría del Autocuidado, el Déficit de Autocuidado y la de Los Sistemas de Enfermería*. La primera se convierte en ese fundamento que necesitan las otras, expresando el objetivo, la metodología y los resultados de cuidarse uno mismo. Con el *déficit de Autocuidados* se le da desarrollo a esas razones por las cuales las personas pueden obtener beneficios de la profesión de enfermería, y la última es la parte unificadora de la teoría (49).

En la obra de Orem describe la visión de los seres humanos como seres dinámicos y unitarios que viven en sus entornos, que están en proceso de conversión y que presenta libre voluntad, así como otras cualidades esenciales, siendo este el fundamento de la TEDA que se basa en cuatro categorías de entidades postuladas: *Personas en localizaciones de espacio-tiempo, Atributos o propiedades de estas personas, Movimiento o cambio, Productos llevados a cabo*. Así mismo identifico cinco visiones de los seres humanos necesarias para desarrollar el conocimiento de los constructos conceptuales de la teoría enfermera del déficit del auto-cuidado y

para comprender los aspectos interpersonales y sociales de los sistemas enfermeros, son la visión de: *Persona, Agente, Usuario de símbolos, Organismo, Objeto* (50).

Teoría del Autocuidado: En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia. "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar". Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado: *Requisitos de autocuidado universal*: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana. *Requisitos de autocuidado del desarrollo*: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez. *Requisitos de autocuidado de desviación de la salud*, que surgen o están vinculados a los estados de salud. Teoría del déficit de autocuidado: En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera. *Teoría de los sistemas de enfermería*: En la que se explican los modos

en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas: Sistemas de enfermería *totalmente compensadores*: La enfermera suple al individuo. Sistemas de enfermería *parcialmente compensadores*: El personal de enfermería proporciona autocuidados. Sistemas de enfermería de *apoyo-educación*: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda (51).

El cuidado Humano de Jean Watson

En esta teoría enfermería *se dedica a la promoción y restablecimiento de la salud, a la prevención de la enfermedad y al cuidado de los enfermos*. Los pacientes requieren unos cuidados holísticos que promuevan el humanismo, la salud y la calidad de vida. El cuidado de los enfermos es un fenómeno social universal que sólo resulta efectivo si se practica en forma interpersonal. El trabajo de Watson contribuye a la sensibilización de los profesionales, hacia aspectos más humanos (46).

Jean Watson basa la confección de su teoría en siete supuestos y diez factores de cuidados o factores caritativos de cuidados, los que serán examinados. En primer lugar, los supuestos, que son premisas asumidas como verdad sin comprobación, se detallan a continuación: *El cuidado sólo puede ser demostrado y practicado efectivamente en una relación interpersonal; El cuidado está condicionado a factores de cuidado; El cuidado efectivo promueve la salud y crecimiento personal y familiar; Un ambiente de cuidado es aquel que promueve el desarrollo del*

potencial; Un ambiente de cuidado es aquel que promueve el desarrollo del potencial; La práctica del cuidado es central en la enfermería (52).

Como complemento necesario de estas herramientas, la enfermera Marjorie Gordon, desarrollo su *manual de diagnósticos Enfermeros*, que, aunado a las taxonomías de la NANDA, se han convertido en la mejor ayuda del profesional de enfermería a la hora de desarrollar el PAE. Marjory Gordon define los patrones como una configuración de comportamientos más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano; que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo y proporcionan un marco para la valoración con independencia de la edad, el nivel de cuidados o la patología (40).

El accionar de enfermería tiene sentadas sus bases científicas en tres pilares, como lo son: El PAE, La NANDA y El Manual de Diagnósticos Enfermeros, descritos anteriormente, y que juntos garantizan el desarrollo óptimo de la labor de enfermería, garantizando al profesional una independencia de criterio en el cuidado que necesitan los pacientes para recibir la atención pertinente por parte de enfermería.

Modelo de Adaptación de Callista Roy

El 14 de octubre del año de 1939 en los Ángeles California, nació Sor Callista Roy. Roy inicio sus estudios de enfermería a la edad de 24 años en el Mount Saint Mary's College de los Ángeles y un Master de Enfermería en la Universidad de California en 1966. Luego en 1973 obtuvo la maestría de sociología, y en 1977 el doctorado en la misma área. Cuando empezó a trabajar como enfermera de pediatría, observo la gran capacidad de recuperación que tenían los niños y su capacidad para adaptarse a cambios fisiológicos y psicológicos importantes. Sor Callista Ruy puso en marcha su modelo en el año 1968, este se presentó por primera vez en el año 1970 en un artículo publicado en la Nursin Outlook fot Nursing. (53)

Roy reconoce que este modelo surge de su experiencia personal y profesional como enfermera pediátrica, al observar la facilidad con que los niños se adaptaban a los cambios ocasionados por la enfermedad; también de sus creencias con relación al ser humano, y de la motivación de Dorothy Johnson para que plasmara sus ideas en un modelo conceptual. (54)

La veritivity, término acuñado por Roy, se define como principio de la naturaleza que afirma una finalidad común de la existencia humana (55), en la cual establece una fundamentación y apreciación de la realidad, cuyo significado radica en la unión del ser humano con la verdad infinita que es Dios.

Con base en lo anterior, Roy postula las siguientes creencias filosóficas y valores acerca de la enfermería:

- Los seres humanos son holísticos y trascendentes. La persona busca, en la autorrealización, una razón de ser para su existencia.
- Por su autodeterminación, las personas toman decisiones y, por lo tanto, son autónomas y responsables de los procesos de interacción y creatividad.
- Las personas y el mundo tienen patrones comunes y relaciones integrales, que los identifican como seres únicos.
- La transformación de las personas y del ambiente está creada en la conciencia humana, o sea, en la capacidad que tiene cada uno de interpretar el medio ambiente interno y externo.
- La adaptación es "el proceso y resultado por medio del cual las personas con pensamientos y sentimientos, en forma individual o grupal, utilizan la conciencia consciente y eligen para crear una integración humana y ambiental" (55).

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION

La NANDA es la asociación de enfermeras americanas (*North American Nursing Diagnosis Association*) que desde 1973 viene trabajando en la elaboración, actualización y difusión de una clasificación de diagnósticos de enfermería que actualmente es una referencia a nivel mundial en el quehacer enfermero (56). El principal objetivo que ha tenido la Asociación ha sido el de clasificar y organizar los resultados e indicadores del usuario susceptibles de ser alcanzados mediante intervenciones enfermeras (57). A partir de la creación de la NANDA hasta la actualidad hemos caminado mucho en el terreno de la unificación del lenguaje, un lenguaje profesional propio, elemento imprescindible para consolidar la disciplina enfermera. El camino ha sido largo hasta llegar a contar, como tenemos en la actualidad, con una taxonomía enfermera propuesta por la NANDA (58).

La Taxonomía NANDA-I es la herramienta que se emplea para nombrar, ordenar y clasificar los diagnósticos de enfermería. Utilizando esta taxonomía universal, se puede conseguir estandarizar los registros de enfermería.

Desde su fundación la NANDA ha buscado la unificación de los criterios a la hora de hacer los diagnósticos de enfermería. En 1982 en el marco de la V Conferencia, donde se dio la fundación de la NANDA, se presentó un marco teórico propuesto por Calixta Roy, donde se agruparon los diagnósticos en 9 patrones del Hombre Unitario. Estos patrones eran: 1. *Intercambio*, 2. *Comunicación*, 3. *Relaciones*, 4.

Valores, 5. Elección, 6. Movimiento, 7. Percepción, 8. Conocimiento, 9. Sentimientos/sensaciones.

Ya en 1986 durante la VII Conferencia, el nombre fue modificado a *Patrones De La Respuesta Humana*. Durante ese mismo año se presenta y aprueba la *Taxonomía I*, que clasificaba las etiquetas diagnósticas en función de los 9 Patrones de Respuesta Humana (35).

En el año de 1998, se le presenta a los miembros de la organización, una nueva propuesta, llamada *Taxonomía II*, esta misma es aprobada posteriormente en el año 2000 y es publicada en el año 2002. Esta actualización se da debido a los muchos diagnósticos de enfermería que son aprobados, el nivel de complejidad de los mismos y esa dificultad de clasificación en la *Taxonomía I*; con la anuencia de Marjorie Gordon, se usan sus patrones, que a su vez pasaron a llamarse dominios, quedando, así como la base de esa nueva clasificación de los diagnósticos en la taxonomía nueva (36).

Una taxonomía es, sencillamente, una manera científica de categorizar y clasificar diagnósticos, proporcionando a los profesionales asistenciales una manera de comunicarse entre ellos. La Taxonomía II de la NANDA Internacional (NANDA I) se estructura en Dominios, éstos se dividen a su vez en Clases y dentro de éstas se localizan los diagnósticos enfermeros (35).

Dominio es “una esfera de conocimiento, estudio o interés”.

Clase es “una subdivisión más específica de los dominios, que contienen los conceptos diagnósticos”.

Diagnóstico enfermero es “un juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a problemas de salud”.

Dominios de la NANDA

- *1. Promoción de la salud:*
- *2. Nutrición*
- *3. Eliminación/Intercambio*
- *4. Actividad/Reposo*
- *5. Percepción/Cognición*
- *6. Autopercepción*
- *7. Rol/Relaciones*
- *8. Sexualidad*
- *9. Afrontamiento/Tolerancia al Estrés*
- *10. Principios Vitales*
- *11. Seguridad/ Protección*
- *12. Confort*
- *13. Crecimiento/Desarrollo*

Los componentes de los diagnósticos enfermeros según la NANDA-I son:

- *Etiqueta diagnóstica:* frase o término conciso del problema identificado.

Proporciona un nombre al diagnóstico. Ejemplo: Intolerancia a la actividad.

- *Definición:* descripción de la situación del paciente para inducir dicha etiqueta.

La explicación debe ser clara y precisa para diferenciarlo de diagnósticos similares.

Ejemplo: Falta de energía fisiológica o psicológica suficiente para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas.

- *Características definitorias:* manifestaciones clínicas (signos/síntomas) que confirman el problema. Las poseen todos los tipos de diagnóstico, excepto los de riesgo. Ejemplo: Disnea de esfuerzo, Expresa fatiga, Expresa debilidad, Discomfort por esfuerzo, etc.

- *Factores relacionados:* elementos causales del problema. Pueden describirse como antecedentes a, asociados con, relacionados con, contribuyentes a, etc. Sólo los diagnósticos reales y los sindrómicos tienen factores relacionados. Ejemplo: Reposo en cama, Debilidad generalizada, Inmovilidad, Estilo de vida sedentario y/o Desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno.

- *Factores de riesgo:* factores ambientales y elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos o químicos que incrementan la vulnerabilidad del individuo, familia, grupo o comunidad. Sólo el diagnóstico de riesgo tiene factores de riesgo. Ejemplo: El DxE “Riesgo de estreñimiento” posee los factores de riesgo: Debilidad de los músculos abdominales, Estrés emocional, Actividad física insuficiente, etc (59).

La Planificación es esa parte del proceso enfermero, que se da una vez que se ha logrado la identificación de los diagnósticos de Enfermería y de esos problemas a resolver con el equipo interdisciplinar. Lo siguiente es el desarrollo del plan de cuidados a llevar a cabo en el paciente. La realización del plan de cuidados de enfermería va de la mano con las siguientes actividades:

- Fijar prioridades.
- Establecer los criterios de resultado/objetivos.
- Determinar las intervenciones enfermeras.
- Registrar el plan de cuidados (59).

La fase siguiente a la de *Planificación*, es la de *Ejecución*, en esta etapa ya se pone en marcha el plan de cuidados con la finalidad de cumplir con los objetivos trazados. Usando la terminología NIC, la ejecución consiste en la aplicación y el registro de actividades que constituyen las acciones de enfermería específicas necesarias para llevar a cabo las intervenciones enfermeras (35).

Esta fase está enmarcada en la siguiente serie de actividades:

- Actualización de datos.
- Revaloración del paciente/Revisión del plan.
- Información al paciente sobre las acciones a ejecutar.
- Aplicación de las intervenciones enfermeras.
- Supervisión de la asistencia delegada.
- Valoración de la respuesta del paciente.
- Registro de acción ejecutada y de la reacción del paciente.

Tras poner en marcha el plan de cuidados, comienza la fase de *Evaluación*. A pesar de situarla como la última etapa del proceso enfermero, se trata de una actividad

planificada y continua que se debe realizar paralelamente a cada acción de enfermería.

La Evaluación es un proceso de identificación del progreso dirigido hacia la consecución de objetivos propuestos empleando los criterios de los resultados. Se inicia con la valoración del estado del paciente al comparar la situación real con los objetivos que se habían fijado previamente (37).

Los pasos según Alfaro (36) para la realización de la evaluación son los siguientes:

- Realizar una valoración para determinar cualquier cambio.
- Confirmar que los diagnósticos son adecuados
- Comprobar si los objetivos y las intervenciones son apropiadas
- Determinar si el plan se llevó a cabo como estaba previsto

La taxonomía NANDA II, le ha permitido a la enfermería el desarrollo de adecuado, de diagnósticos, permitiendo que el Proceso de Atención de Enfermería, se lleve de forma estructurada y organizada, siendo de total ayuda para los pacientes.

Existen dependiendo el área de enfermería en que se trabaje, diagnósticos que se utilizan con mayor regularidad que otros. Adelante se podrán encontrar con los más utilizados según servicios de enfermería.

Diagnósticos de Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría

- Manejo inefectivo del régimen terapéutico

- Mantenimiento inefectivo de la salud.
- Déficit de actividades recreativas
- Déficit de auto cuidado
- Trastorno de los procesos del pensamiento
- Confusión crónica
- Trastorno de la percepción sensorial
- Riesgo de suicidio
- Riesgo de violencia auto dirigida
- Aislamiento social
- Riesgo de violencia dirigida a otros
- Trastorno de la imagen corporal
- Temor
- Ansiedad

Diagnósticos de Enfermería en Salud Familiar

- Alteración en el mantenimiento de la salud
- Alteración de los procesos familiares
- Alteración de los patrones sexuales
- Alto riesgo de violencia
- Alteración parenteral
- Afrontamiento familiar inefectivo (incapacitante)
- Afrontamiento familiar inefectivo (comprometido)

- Afrontamiento familiar inefectivo (potencial de desarrollo)
- Alteración de la protección
- Alteración en el desempeño de roles
- Alteración del bienestar
- Alteración de la maternidad/paternidad
- Alteración de la adaptabilidad
- Conflicto en la toma de decisiones
- Déficit para el mantenimiento del hogar
- Duelo

Diagnósticos de Enfermería en Materno-Infantil

- Dolor
- Lactancia materna ineficaz
- Riesgo de infección
- Riesgo de sangrado
- Incontinencia Urinaria
- Afrontamiento ineficaz
- Riesgo de alteración parental
- Baja autoestima situacional
- Ansiedad
- Deterioro de la respiración espontánea
- Limpieza ineficaz de las vías aéreas

- Riesgo de aspiración

Diagnósticos de Enfermería Médico Quirúrgica

- Deterioro de la integridad cutánea
- Deterioro de la movilidad física
- Desequilibrio nutricional por defecto
- Riesgo de infección
- Manejo inefectivo del régimen terapéutico
- Manejo inefectivo del régimen terapéutico
- Temor
- Dolor agudo
- Deterioro de la comunicación verbal
- Riesgo de aspiración
- Deprivación del sueño
- Limpieza ineficaz de las vías aéreas

Para el desarrollo del Proceso de Atención de Enfermería, se cuenta con las taxonomías que has sido ampliamente explicadas anteriormente, así como de herramientas virtuales y páginas web, que son de amplio uso, por los estudiantes y profesionales de enfermería.

METODOLOGÍA

Fase I

El inicio de este proceso fue la digitalización de los libros que se iban a utilizar entre los cuales tenemos. MANUAL DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA de Marjory Gordon (60), Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) (61), Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) (62). En las respectivas ediciones encontradas en el Alma Mater.

Fase II

Luego se procede a consolidar diagnósticos por diagnóstico, intervención por intervención, de manera individual en archivos Word independientes, de manera que se puedan utilizar a cada uno de ellos de manera autónomo.

Fase III

Hacer una matriz donde se unifique todos y cada los diagnósticos e intervenciones, en el que estos se enlacen teniendo en cuenta el diagnostico, esto se logró a través de la opción Hipervínculos que maneja Word.

Fase IV

La Socialización es fue parte fundamental en este proceso debido a que este se expone el proyecto y se da a conocer la Matriz realizada, a través de un ejemplo dinámico con la creación de unos PAE'S de diferentes áreas de las saludes como Psiquiatría, Materno Infantil y Cuidado crítico.

RESULTADOS

Easy PAE es una herramienta tecnológica desarrollada para permitirle al estudiante, docentes y profesionales de enfermería, la interacción con los diferentes textos que se utilizan para la realización del Proceso de Atención de Enfermería, haciendo de su construcción una experiencia práctica y dinámica.

El uso de este instrumento para la realización del PAE se ha tratado de que sea sencilla y su automatismo se ha resumido en unos pocos pasos descritos a continuación.

Modo de Uso

1. Abrir la carpeta “Tablas de Diagnósticos” y elegir el archivo MARJORI.
2. Situar el cursor sobre el código del diagnóstico seleccionado. Pulsar Ctrl mas Click, para que nos muestre la ficha correspondiente.
3. Una vez abierta la ficha, se podrá acceder: a Características Definitorias, Factores etimológicos relacionados (R/C), los objetivos e intervenciones propuestos presionando sobre el código correspondiente.
4. Los textos pueden ser “copiados” y “pegados” parcialmente o en su totalidad en el formato desarrollado con esta finalidad. De esta forma se facilita el trabajo a la hora de elaborar el plan de cuidados.
5. A la vez se anexa los listados de NIC y NOC para su búsqueda específicamente con el Word, (En el teclado un Ctrl + B y escribir lo Necesario)

1 Formato de Plan de Cuidados



NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA				
DOMINIO: CLASE: CODIGO DE DX:			CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)				
			RESULTADO(S):	INDICADOR (ES).	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA	
						MANTENER AUMENTAR	
DOMINIO:							
CLASE:							
RESULTADO:							
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)							
CLASE:		CAMPO:		CLASE:		CAMPO:	
INTERVENCION INDEPENDIENTE				INTERVENCION INDEPENDIENTE			
ACTIVIDADES				ACTIVIDADES			
FECHA:				AUTOR:			

MARCO DE ANTECEDENTES

- J. Huitzi, y su grupo de investigación realizaron un estudio sobre el Uso del Proceso de Atención de Enfermería en entidades de salud públicas y privadas, dando como resultado que este Proceso se utiliza más en Entidades Públicas. [8]
- Dentro del mismo contexto se investigó en Méjico [9], Colombia en diferentes regiones como Cartagena [11] y Bogotá [10] arrojando resultados muy parecidos en cuanto al PAE, concluyendo que la razón más común por lo cual no se llevan a cabo es el tiempo, siguiéndole el desconocimiento para realizarlos.
- Enrique Peña Gómez, (mayo 2004 / mayo 2005) Realizo una Matriz donde tiene como objetivo es proporcionar un apoyo metodológico a la elaboración del Plan de Cuidados, relacionando los diagnósticos con los criterios de resultados, e intervenciones, más frecuentes, para facilitar el trabajo a los profesionales. [14]
- Nanda Noc Nic, Aplicación (APK) de Android donde se puede consultar NNN y sus interrelaciones de forma rápida, ágil y siempre actualizada [15]
- Martínez (2014) se presentó el Proceso de Atención de Enfermería en una lactante con neumonía, donde se planteó en base a los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon y se diseñó un plan de cuidados encaminado a la mejoría del Lactante. [16]
- Mondragón (2013) se encontró que la implementación del PAE a pacientes con gangrena de Fournier es una guía que permite al profesional de Enfermería proporcionar cuidados con fundamentación metodológica, a través del lenguaje internacional NANDA, NIC, NOC. [17]

RECURSOS HUMANOS

- Ediltrudis Ramos de la Cruz. Enfermera Especialista en enfermería en cuidado crítico, magister en enfermería, doctoranda en enfermería. Directora del programa de enfermería de la Universidad del Magdalena. Directora de la tesis.
- Aneth Cristina Rivas Castro. Enfermera especialista en enfermería en cuidado crítico, especialista en enfermería nefrológica y urológica, Magister en enfermería. Docente de la Universidad del Magdalena, Asesora metodológica y científica de la Tesis.
- Abner José Rudolf Jimenez. Estudiando de Grado de la Universidad del Magdalena, Realizador de la Investigación
- Luis Ernesto Rincón Gutiérrez. Estudiando de Grado de la Universidad del Magdalena, Realizador de la Investigación
- Ricardo Muñoz. Enfermero Egresado de la Universidad del Magdalena., Realizador de la Investigación

CONCLUSIÓN

La Herramienta Easy PAE logrará hacer más dinámico la realización del Proceso de Atención, logrando identificar plenamente las necesidades, del paciente y será una herramienta más didáctica y atractiva para el estudiante en su proceso de aprendizaje.

La implementación de las Tecnologías de la información y comunicación (TIC) en la práctica, educación, docencia e investigación busca la evolución de la enfermería a una era donde se conjugan el componente científico, tecnológico y humano para brindar un cuidado de enfermería eficaz, eficiente, efectivo logrando una revolución innovadora en el concepto de la enfermería como ciencia del cuidado.

Por último, se espera que esta herramienta se llegue a implementar en la Universidad del Magdalena, para que cumpla el objetivo por el cual fue creada.

SUGERENCIAS

Las recomendaciones y sugerencias que consideramos pertinentes.

- Realizar un estudio de tipo experimental, en el que se escoja una población muestra de estudiantes de 5to a 8vo semestre del programa de enfermería de la Universidad del Magdalena al que se les permita el uso de la herramienta Easy Pae en un entorno controlado para que luego mediante una encuesta estos puedan valorar la eficiencia subjetiva y objetivamente.
- Conseguí el aval ante la Nanda para que la Matriz pueda ser distribuida en la población estudiantil del programa de enfermería de la Universidad del Magdalena.
- Una vez autorizados, iniciar una campaña de capacitación para los docentes del programa de enfermería de la universidad del Magdalena en el manejo de la herramienta Easy Pae para que estos a su vez instruyan a sus estudiantes en la utilización de la misma
- Luego de la capacitación, implementar la herramienta Easy Pae como un pilar pedagógico en el programa de enfermería de la universidad del Magdalena.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. española Ra. www.dle.rae.es. [Online]. Available from: <http://dle.rae.es/?id=DsFSplT>.
2. Ospina CA. <http://www.scielo.org.co/>. [Online].; 2004. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v2n2/v2n2a03.pdf>.
3. Española RA. www.dle.rae.es. [Online]. Available from: <http://dle.rae.es/?id=9AwuYaT>.
4. Colombia UPyTd. [www.http://virtual.uptc.edu.co/](http://virtual.uptc.edu.co/). [Online]. Available from: <http://virtual.uptc.edu.co/drupal/files/195/contenido/pdf.pdf>.
5. Báez-Hernández FJ, Nava-Navarro V, Ramos-Cedeño L, Medina-López. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. Aquichan. 2009; 9(2): p. 127-134.
6. Cisneros F. <http://artemisa.unicauca.edu.co/>. [Online].; 2002. Available from: <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/IntroduccionALasTeoriasYModelosDeEnfermeria.pdf>.
7. Caro Rios E, Guerra Gutierrez CE. El Proceso de atencion en Enfermeria. Notas de Clase Barranquilla (Colombia): Universidad del Norte; 2011.
8. Juarez Rodriguez A, Garcia Campos dL. La importancia del cuidado de enfermeria. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2009;; p. 113-115.
9. Yuste codes R, Mirabet Saez B, Garcia Ruiz O, Abad Lluch N, Moral Aguilar AC, Villa Julia B, et al. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (P.A.E.) EN UNA UNIDAD DE HEMODIALISIS, A TRAVES DE UN PROGRAMA INFORMATICO. Eden. .
- 1 Huitzi Egilegor J, Elorza Puyadena M, Urkia Etxabe J, Zubero Linaza J, Zupiria Gorostidi X. Uso del
0. proceso de enfermería en los centros públicos y privados de un area de salud. Latino-Am. Enfermagem. 2012.
- 1 Perez Rodriguez MT, Sanchez Piña S, Franco Orozco M, Ibarra A. aplicacion del proceso de
1. atencion de enfermeria en la practica clinica y hospitalaria en isntituciones del distrito federal. Mediographic Artemisa. 2006; 14: p. 47-50.
- 1 Diaz Zamora W, Nieto Galvis C. Utilización del Proceso de Enfermería en el Ejercicio Clínico
2. Profesional en seis instituciones prestadoras de servicios de salud en Santa fe de bogota. Actualizacion en Enfermeria. ; 03(2).
- 1 Cabarcas Ortega N, Caballero de Leon M. Utilizacion del Proceso de Atencion de Enfermeria en
3. la practica clinica en tres instituciones hospitalarias de la ciudad de cartagena colombia. Orgullo

UN. .

- 1 Gil M, Mejia Y. Evolución del proceso de atención de enfermería según el semestre aprobado por los estudiantes que realizan prácticas clínicas en una institución pública de educación superior del Magdalena. 2015..
- 1 Reina G, Nadia C. EL PROCESO DE ENFERMERÍA: INSTRUMENTO PARA EL CUIDADO. Umbral 5. científico. 2010;(17): p. 18-23.
- 1 Dominguez C. La Infermeria a catalunya Barcelona: Rol; 1981.
- 6.
- 1 Jamieson E, Sewall , Suhrie. Historia de la Enfermeria Mexico: Interamericana; 1980.
- 7.
- 1 Molina T. Historia de la Enfermeria Buenos aires: Intermedica; 1973.
- 8.
- 1 Gallegos B. <http://www.tesisenred.net/>. [Online]. Available from:
9. http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/2906/02.RVM_PARTE_I.pdf?sequence=3.
- 2 Luevano Ford S. El arte del cuidado de enfermeria: de Florencia Nightingale a Jean Watson.
0. Synthesis. 2008;; p. 1-3.
- 2 Pardo Torres M, Nuñez Gomez N. El humanismo como paradigma de la enfermeria como
1. ciencia. Avances en Enfermeria. ; XVII(1 y 2): p. 22-30.
- 2 Cabal VE, Guarnizo M. Enfermeria como disciplina. Revista colombia de enfermeria. 2011; 6: p.
2. 73-81.
- 2 Vilchez Barboza V, Sanhueza Alvarado O. Enfermeria: una disciplina social. Enfermeria en costa
3. rica. 2011; 32(2): p. 81-88.
- 2 Duran de villalobos MM. Teoría de Enfermería ¿un camino de herradura?. Aquichán. 2007; 7(2):
4. p. 161-173.
- 2 Ferreira MdA. El arte y la ciencia de la enfermeria. Escola Anna Nery. 2011; 15(4): p. 664-666.
- 5.
- 2 Johnson DE. The nature of a science of nursing. Nurs Out. 1959; 7: p. 291-294.
- 6.
- 2 Meleis AI. Directions for nursing theory development in the 21 century. Nurs Scie Q. 1992; 5(3):

7. p. 110-117.

2 Borrell Rm. "La educación médica en América Latina: debates centrales sobre los paradigmas científicos y epistemológicos" en: Proceso de transformación Curricular: otro paradigma es posible Argentina: UNR; 2005.

2 Duque cardona S. Dimensión del cuidado de enfermería a los colectivos: un espacio para la promoción de la salud y la producción del conocimiento. Investigacion y Educacion en Enfermeria. 2005; XVII(1): p. 75-85.

3 Marrimer Tomey A, Alligod MR. Modelos y teorías en enfermería. 5ª ed Madrid: Harcourt; 2002.

3 Castrillon Agudelo MC. La Dimensión Social de la Práctica de la Enfermería Medellin: Editorial 1. Academica Espanola ; 2012.

3 Colliere Francoise M. Promover la vida Mexico: McGraw-Hill; 1993.
2.

3 Quintero Laverde MC. [www.biblio3.url.edu.gt](http://biblio3.url.edu.gt/Publi/Libros/CyPdeEnfermeria/03.pdf). [Online]. Available from:
3. <http://biblio3.url.edu.gt/Publi/Libros/CyPdeEnfermeria/03.pdf>.

3 Henderson V. La naturaleza de la enfermería. Reflexiones 25 años después.: Mc Graw-Hill; 1994.
4.

3 Cto G. www.grupocto.es. [Online]. Available from:
5. http://www.grupocto.es/web/editorial/pdf/ANEXO_OPCL/Anexo_14_web.pdf.

3 ALFARO-LEFEVRE. Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración, 5.ª ed Barcelona: Elsevier; 2003.

3 Berman A, Snyder SJ, Kosier B, Erb G. Fundamentos de enfermería: conceptos, proceso y prácticas. 8ª ed: Pearson Educación; 2008.

3 Meruelo Lavin L. La Entrevista en Enfermería: Una Habilidad Comunicativa. España;; 2013.
8.

3 Docvadis. www.Docvadis.es. [Online]. Available from:
9. http://www.docvadis.es/aulasalud/document/aulasalud/patrones_funcionales/fr/metadata/fil.es/0/file/patrones_funcionales_mgordon.pdf.

4 Alvarez Suarez JL, Del Castillo Arevalo F, Fernandez Fidalgo D, Muñoz Melendez M. Manual de 0. Valoración de Patrones Funcionales. Gijon;; 2010.

- 4 Alba Rosales M, Bellido Vallejo J, Cardenas Casanova V, Ibañez Muñoz J, Lopez Marquez A,
1. Milan Cobo M, et al. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y
los Lenguajes NNN España: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén Sefarad; 2010.
- 4 Garcia Gonzalez MJ. Conceptos básicos del modelo de enfermeEl proceso de enfermería y el
2. modelo de Virginia Henderson: Propuesta para orientar la enseñanza y la práctica de
enfermería Mexico: Progreso; 2004.
- 4 Morrison M. Fundamentos de enfermería en salud mental España: Elsevier; 1998.
3.
- 4 Kerouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero Barcelona:
4. Elsevier; 2007.
- 4 Guevara Chuquillanqui LA. www.cybertesis.unmsm.edu.pe. [Online].; 2004. Available from:
5. <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/1015>.
- 4 Cisneros G F. INTRODUCCIÓN A LOS MODELOS Y TEORIAS DE ENFERMERIA. Popayan;; 2002.
6.
- 4 Alvarez Gonzalez M, Arkaut Estrada I, Belaustegi Arratibel A, Chaparro Toledo S, Erice Criado A,
7. Gonzalez Garcia M, et al. Guia practica clinica. Cuidados criticos de Enfermeria: Hospital
Txagorritxu; 2004.
- 4 Luis Rodrigo T, Fernandez Ferrin C, Navarro Gomez MV. De la teoria a la practica. EL
8. pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI Barcelona: Elsevier; 2007.
- 4 Pereda Acosta M. Explorando la teoría general de enfermería de Orem. Enfermeria Neurologica.
9. 2011; X(3): p. 163-167.
- 5 Calle Londoño E. www.http://modelosenfermeros2013.blogspot.com.co/. [Online].; 2013.
0. Available from: <http://modelosenfermeros2013.blogspot.com.co/2013/05/teoria-del-deficit-del-auto-cuidado.html>.
- 5 Enfermeria A. www.http://ambitoenfermeria.galeon.com/. [Online]. Available from:
1. <http://ambitoenfermeria.galeon.com/dorothea.html>.
- 5 Watson J. Theory evolution: Watson's caring theory. Colorado: University of Colorado Health
2. Science; 2006.
- 5 UNS F. http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com.co/. [Online].; 2012. Available from:
3. <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com.co/2012/06/callista-roy.html>.

- 5 Flores LDd, Villalobos MMd, Pardo PGd, Daza BG, Obando EGd, Acuña YGd, et al. Análisis de 4. los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. Aquichan. 2002; 2(1).
- 5 Roy C. El modelo de adaptación de Callista Roy: Appleton y Lange; 1999.
5. Enfermería Fpeddl. www.ome.es. [Online]. Available from:
6. http://www.ome.es/02_02_01_desa.cfm?id=124.
- 5 Blanco Fraile C, Sarabia Lavin R, Lazaro Otero M. Metodología de la Enfermería. Tema 5.2
7. Taxonomías Noc y Nic..
- 5 Molina Aparicio SM. La influencia de la NANDA en enfermería. Almería; 2013.
8. Internacional N. Diagnósticos Enfermeros: Definición y Clasificación Madrid: Elsevier; 2014.
9. Gordom M. Manual de diagnósticos enfermeros Elsevier , editor. España; 2003.
0. Bulechek G, Butcher H, McCloskey Dochterman J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería 1. (NIC). Quinta ed. España: Elsevier; 2008.
- 6 Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería. Cuarta 2. ed. España: Elsevier; 2009.
- 6 Peña Gomez E. Material de apoyo para la elaboración del plan de cuidados. Versión 3.2. 2005.. 3.
- 6 NANDA-I. Google Play. [Online].; 2016. Available from:
4. <https://play.google.com/store/apps/details?id=com.selftising.nandanocnic&hl=es>.
- 6 Martinez Lopez MA, Perez Constantino M, Montelongo Meneses P. Proceso de Atención de 5. Enfermería a una lactante con neumonía basado en patrones funcionales de Marjory Gordon. Enfermería Universitaria. 2014 Diciembre 13; 11(1): p. 36-43.
- 6 Mondragon Gomez S, Jimenez Utrilla J. Proceso de atención de Enfermería a pacientes con 6. gangrena de Fournier. Enfermería Universitaria. 2013; 10(2): p. 58-66.